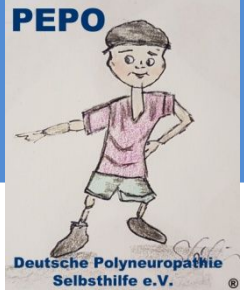


Polyneuropathien

Deutsche Polyneuropathie Selbsthilfe e.V.

Verein zur Unterstützung von Betroffenen mit Polyneuropathien



Aufnahmeantrag

in die

Deutsche Polyneuropathie
Selbsthilfe e.V.

Carl-Diem-Str. 108
41065 Mönchengladbach
Telefon 02161 480499
Fax 0322 2375 9019
Info@selbsthilfe-pnp.de
www.selbsthilfe-pnp.de

Name/n: _____

Vorname/n: _____

Straße/Nr: _____

PLZ /

Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____ Tel. _____

Beruf (freiwillige. Angabe) _____

E-Mail: _____

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die
Deutsche Polyneuropathie Selbsthilfe ab: _____

- als ordentliches (normales) Mitglied bzw.
Familienmitgliedschaft (**Jahresbeitrag**) **€ 12,-**
- oder mehr als den Jahresbeitrag € _____

Bei einer Familienmitgliedschaft können bis zu 2 zusätzliche Familienmitglieder an der Mitgliedschaft ohne Mehrkosten beteiligt werden. Es muss dabei die gleiche Anschrift wie oben sein. Ordentliche Mitglieder haben volles Stimmrecht.

Name, Vorname, Geburtsdatum des 1. Familienmitgliedes:

Name, Vorname, Geburtsdatum des 2. Familienmitgliedes:

als Fördermitglied: Jahresbetrag € _____

ich beantrage Beitragsbefreiung: Begründung:

Ich bin an Polyneuropathie erkrankt.

Art: _____

Ich bin Angehöriger.

Ich überweise meinen Mitgliedsbeitrag auf das Konto der Deutschen Polyneuropathie Selbsthilfe

SEPA Nummer **DE97 3105 0000 0004 7195 48** bei der Stadtparkasse Mönchengladbach.

Der Beitrag kann im Lastschriftverfahren von meinem Konto abgebucht werden:

Gläubiger-Identifikationsnummer der Deutschen
Polyneuropathie Selbsthilfe: **DE18ZZZ00002067394**
SEPA Lastschriftmandat Mandatsreferenz / Mitgliedsnummer
wird durch die Verwaltung eingetragen. _____

Ich ermächtige die Deutsche Polyneuropathie Selbsthilfe, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen und weise mein Geldinstitut an, diese Lastschriften einzulösen und verpflichte mich, für die Beitragsdeckung einzustehen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Datum der Belastung, die Erstattung des belasteten Betrages fordern. Es gelten dabei die Bedingungen meines Geldinstituts.

Bank /
Sparkasse: _____

IBAN: _____

Datum / Unterschrift:

Allgemeine Datenschutzerklärung:

Hiermit gebe ich mein Einverständnis, dass meine Daten zu Zwecken der vereinsinternen Datenverarbeitung gem. den aktuellen gültigen Datenschutzbestimmungen in Mitgliederverzeichnissen gespeichert werden.

Weiterhin gebe ich mein Einverständnis darüber, dass von mir Fotos auf der Vereins WEB Seite und/oder in der Vereinszeitung gezeigt werden können, die auf Selbsthilfeveranstaltungen zum Zwecke der Berichterstattung gemacht wurden.

Diese Erklärung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen auch teilweise widerrufen.

Datum/ Unterschrift: _____