

Sklerodermie Selbsthilfe e.V.

Am Wollhaus 2
74072 Heilbronn

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Sklerodermie Selbsthilfe e.V.

Frau Herr Firma/Institution

Vorname (bzw. Firma/Institution)	Name (bzw. Ansprechpartner)	Geburtsdatum
----------------------------------	-----------------------------	--------------

Straße

PLZ	Wohnort
-----	---------

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Ich bin: Betroffener
 Angehöriger eines/r Betroffenen
 Förderer der Sklerodermie Selbsthilfe e.V.

Ich habe folgende Form der Sklerodermie: systemische Sklerodermie zirkumskripte Sklerodermie
 Mischkollagenose SHARP-Syndrom CREST-Syndrom unbekannt

Ich bin wie folgt krankenversichert: gesetzlich privat

Der Jahresbeitrag wird gemäß unserer Satzung und Beitragsordnung erhoben. Er beträgt derzeit für ordentliche Mitglieder EUR 45,00. Wir empfehlen die Teilnahme am Lastschriftverfahren. Hierdurch reduziert sich der Beitrag auf derzeit EUR 43,00. Das SEPA-Lastschriftmandat, das auf der Folgeseite abgedruckt ist, reichen Sie uns bitte unterschrieben mit ein.

Ich willige ein, dass der Verein meine Daten elektronisch speichert und innerhalb des Vereins unter Berücksichtigung des Datenschutzes nutzt. Dazu gehört auch die Verwendung in den Regionalgruppen. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt grundsätzlich nicht. Ausführliche Hinweise zum Datenschutz sind auf unserer Webseite www.sklerodermie-selbsthilfe.de hinterlegt und werden jedem Mitglied bei Aufnahme schriftlich ausgehändigt.

Ort, Datum

Unterschrift

Sklerodermie Selbsthilfe e.V.

Am Wollhaus 2
74072 Heilbronn

Wir empfehlen die Teilnahme am Lastschriftverfahren zum Einzug des Jahresbeitrages. Das Lastschriftverfahren hat neben einer deutlichen Arbeitserleichterung für die ehrenamtlich tätigen Vorstände auch viele Vorteile für Sie. So müssen Sie nicht jährlich an die Überweisung denken und der Jahresbeitrag geht termingerecht ein. Mahnungen werden so vermieden. Ihr Lastschriftmandat können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Sklerodermie Selbsthilfe e.V., Am Wollhaus 2, 74072 Heilbronn
Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE98ZZZ00000085020**
Mandatsreferenz: **XXXX-001** (XXXX entspricht Ihrer Mitgliedsnummer)

SEPA Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Sklerodermie Selbsthilfe e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Sklerodermie Selbsthilfe e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Kreditinstitut (Name)

DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
IBAN

Ort, Datum

Unterschrift

Falls der o.g. Kontoinhaber nicht identisch mit dem Mitglied ist, für das die Zahlung erfolgt, bitten wir noch um Angabe der Mitgliedsdaten:

Name, Vorname, PLZ und Wohnort des Mitglieds