



An
DSCM e.V.
Abt. Mitgliederverwaltung
Susen Meyer
Bruneärmel 5a
37431 Bad Lauterberg

Stand 01.2018

Beitrittserklärung zur Deutsche Syringomyelie und Chiari Malformation e.V.
(Bitte ausfüllen, ausdrucken, **unterschreiben** und per Post an obige Adresse senden)

Ich bin	<input type="checkbox"/> Betroffene/r <input type="checkbox"/> Kind betroffen <input type="checkbox"/> Angehörige/r <input type="checkbox"/> Förderer
Anrede - Titel	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Dr.
Vorname - Name	<input type="text"/> - <input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
Straße – Nr.	<input type="text"/> <input type="text"/>
PLZ - Ort	<input type="text"/> - <input type="text"/>
Telefon - Handy	<input type="text"/> / <input type="text"/> Handy <input type="text"/>
E-Mail - Adresse	<input type="text"/> @ <input type="text"/>
Bundesland	<input type="text"/> oder Land <input type="text"/>
Mein jährlicher Beitrag	<input type="checkbox"/> 40.-€ Mitglied <input type="checkbox"/> 60.-€ Familienmitgliedschaft (Betroffene/r und Angehörige/r) <input type="checkbox"/> 60.-€ Fördermitglied <input type="checkbox"/> <input type="text"/> € (hier können Sie auch einen höheren Jahresbeitrag eintragen)
Ich gebe eine einmalige Spende von	<input type="text"/> € Da Spenden nicht per Bankeinzug erfolgen dürfen, überweise ich den Betrag auf das Konto (IBAN) DE 48 6708 0050 0797 0080 00 (BIC) DRESDEFF670
Meinen Jahresbeitrag buchen Sie bitte ab	<input type="checkbox"/> Ja, von IBAN <input type="text"/> DE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> BIC <input type="text"/> Ich ermächtige / Wir ermächtigen den DSCM e.V. , Zahlungen von diesem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich wird das Kreditinstitut angewiesen, die von der DSCM e.V. auf das Konto bezogene Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. <input type="checkbox"/> Nein, ich überweise auf IBAN DE 48 6708 0050 0797 0080 00 BIC DRESDEFF670 Bei unterjährigem Beginn der Mitgliedschaft: <input type="checkbox"/> Ich zahle den Jahresbeitrag für das laufende Jahr in voller Höhe. <input type="checkbox"/> Ich zahle den Beitrag fürs laufende Jahr anteilmäßig.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des DSCM e.V. an.

Ort - Datum	<input type="text"/> - <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
Unterschrift	<input type="text"/>

Wir würden gern noch mehr von Ihnen erfahren.....aber nur, wenn Sie möchten

Erlerner Beruf	<input type="text"/>
Letzte bzw. jetzige	<input type="text"/>
Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Rente <input type="checkbox"/> Teilrente <input type="checkbox"/> EU-Rente
Bin betroffen von	<input type="checkbox"/> Syringomyelie <input type="checkbox"/> Chiari Malformation <input type="checkbox"/> nicht selbst betroffen
Behindertengrad (GdB)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Pflegegrad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
„chronisch krank“ bei der KK gemeldet	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Behandelnde Ärzte und Kliniken	<input type="text"/>
Was erwarten bzw. erhoffen Sie sich vom DSCM e.V.?	<input type="text"/>
Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?	<input type="text"/>

Ort - Datum	<input type="text"/> - <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
Unterschrift	<input type="text"/>

<p>Wären Sie damit einverstanden, dass der DSCM e.V. Ihre <u>Kommunikationsdaten</u> an andere Mitglieder zum Zwecke des Erfahrungsaustauschs weitergibt?</p>	<input type="checkbox"/> Nein, auf gar keinen Fall <input type="checkbox"/> Ja, meine Telefonnummer <input type="checkbox"/> Ja, meine E-Mail-Adresse	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Eine Zustimmung ist natürlich jederzeit widerrufbar und selbstverständlich werden Ihre Daten bei uns ansonsten absolut vertraulich behandelt.</p> </div>
Ort - Datum	<input type="text"/> - <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	
Unterschrift	<input type="text"/>	