



Bei unterjährigem Beginn der Mitgliedschaft:

Ich zahle den Jahresbeitrag für das laufende Jahr in voller Höhe.

Ich zahle den Jahresbeitrag für das laufende Jahr anteilmäßig.

Angehöriger:

Vorname: _____ Nachname: _____

Betroffen? Ja Nein Geburtsdatum: _____

Kind 1:

Vorname: _____ Nachname: _____

Betroffen? Ja Nein Geburtsdatum: _____

Kind 2:

Vorname: _____ Nachname: _____

Betroffen? Ja Nein Geburtsdatum: _____

Kind 3:

Vorname: _____ Nachname: _____

Betroffen? Ja Nein Geburtsdatum: _____

Kind 4:

Vorname: _____ Nachname: _____

Betroffen? Ja Nein Geburtsdatum: _____

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Wären Sie damit einverstanden, dass der DSCM e. V. Ihre Kommunikationsdaten zum Zweck des Erfahrungsaustausches an andere Mitglieder weitergibt?

(Eine Zustimmung ist natürlich jederzeit widerrufbar und selbstverständlich werden Ihre Daten bei uns ansonsten absolut vertraulich behandelt.)

Nein, auf keinen Fall

Ja, meine Telefonnummer

Ja, meine E-Mail-Adresse

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

Ort

Datum

Unterschrift

Diese Daten werden nur für die Mitgliederverwaltung erhoben, gespeichert und genutzt. (§28 BDSG)