



Deutsche Syringomyelie und Chiari Malformation e.V.
Gemeinnützige Selbsthilfeorganisation auf Bundesebene

An
DSCM e.V.
Geschäftsstelle
Jean-Paul-Straße 9
95615 Marktredwitz

Stand 07.2019

Beitrittserklärung: 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"/> Doktor
Vorname-Nachname	<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"/> 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, Angehörige/r und minderjähriges Kind) Auf der Seite 2 bitte weitere Informationen eintragen. <input type="checkbox"/> 60.-€ Fördermitglied
Ich gebe eine einmalige Spende	<input type="text"/> € Da Spenden nicht per Bankeinzug erfolgen dürfen, überweise ich den Beitrag auf das Konto (IBAN) DE48670800500797008000 (BIC) DRESDEFF670
Meinen Jahresbeitrag buchen Sie bitte ab	<input type="checkbox"/> Ja, von IBAN DE <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 dem 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 mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. <input type="checkbox"/> Nein, ich überweise auf das Konto (IBAN) DE48670800500797008000 (BIC) DRESDEFF670

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

Ort - Datum - -

Unterschrift

Vorname-Nachname des Angehörigen

Betroffen? Ja Nein Geburtsdatum - -

Vorname-Nachname des Kindes

Betroffen? Ja Nein Geburtsdatum - -

Vorname-Nachname des Kindes

Betroffen? Ja Nein Geburtsdatum - -

Vorname-Nachname des Kindes

Betroffen? Ja Nein Geburtsdatum - -

Vorname-Nachname des Kindes

Betroffen? Ja Nein Geburtsdatum - -

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam ?

Ort - Datum - -

Unterschrift

Wären Sie damit einverstanden,

dass der DSCM e.V. ihre Kommunikationsdaten an andere Mitglieder zum Zwecke des Erfahrungsaustauschs weitergibt?

- Nein, auf keinen Fall
- Ja, meine Telefonnummer
- Ja, meine E-Mail Adresse

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

Ort - Datum - -

Unterschrift

Für weitere Bemerkungen: