DVMB

Deutsche Vereinigung
Morbus Bechterew

Metzgergasse 16
97421 Schweinfurt

Tel 09721 22033
Fax 09721 22955

Erfassung DVMB-Geschäftsstelle:

LV Gr

Stand: 12/08

Beitritts-Erklärung

(Bitte in Druckschrift ausfüllen und im Original per Post an die DVMB-Geschäftsstelle senden)

Ich erkläre meinen Beitritt zur Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew e.V. (DVMB) und zum Landesverband

_____ **ab dem:** . . 20

als: Jährlicher Mindest-Mitgliedsbeitrag **36 €**

- ☐ Morbus-Bechterew-Patient/in
- ☐ Patient/in mit anderer Wirbelsäulenkrankheit:
- ☐ Fördermitglied

Ich beantrage Beitragsermäßigung wegen Doppelmitgliedschaft als: Jährlicher Mindest-Mitgliedsbeitrag **30 €**

- ☐ zweites DVMB-Mitglied im selben Haushalt *
- ☐ Mitglied beim Deutschen Psoriasis-Bund *
- ☐ Mitglied bei der Deutschen Morbus Crohn/Colitis ulcerosa Vereinigung *
- ☐ Mitglied bei der Deutschen Rheuma-Liga *

* Mitgliedsnummer

Name, Vorname, Geschlecht w m

Geburtsdatum . .

Straße und Hausnummer/Postfach

Bundesland | PLZ | Wohnort | Beruf

Telefonnummer mit Vorwahl | E-Mail

Ich bin aufmerksam geworden durch:

☐ Arzt ☐ Therapeut ☐ Mitpatient ☐ Internet ☐ Sonstiges

Datenschutzrechtlicher Hinweis: Meine Daten werden in der Mitgliederdatei der DVMB-Bundesgeschäftsstelle, beim o.g. Landesverband und der für mich zuständigen örtlichen Gruppe gespeichert und für die jeweiligen internen Zwecke genutzt. Eine Datenübermittlung an Dritte findet nicht statt.

Datum | Unterschrift

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

Name und Anschrift des Kontoinhabers | Mitgliedsnummer

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, den von mir zu entrichtenden

Mindestbeitrag (siehe oben) von jährlich*: € ,

und regelmäßig eine freiwillige Spende von:** € ,

mit dem Gesamtbeitrag: € ,

* **Im ersten Jahr wird der Mindestbeitrag anteilig berechnet. Die Satzung sieht vor, dass bedürftige Mitglieder ganz oder teilweise vom Mitgliedsbeitrag befreit werden können. Wir bitten unsere Mitglieder, im Rahmen ihrer persönlichen Möglichkeiten den Jahresbeitrag nach Selbsteinschätzung festzusetzen. Der Mindestbeitrag vermag unsere Kosten nicht zu decken. Für Beiträge von mehr als 100 € erhalten Sie von uns automatisch eine gesonderte Zuwendungsbestätigung.**

** **Im Falle einer Beitragserhöhung soll die Höhe der Spende beibehalten werden:** ☐ Ja ☐ Nein

bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos

Das Lastschriftverfahren erfolgt ab:

Kontonummer | Bankleitzahl | Datum . . 20

IBAN

BIC | Name und Ort des Kreditinstituts oder der Bank

durch Lastschrift einzuziehen.

Datum | Unterschrift

DVMB **Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew** Metzgergasse 16 97421 Schweinfurt Tel 09721 22033 Fax 09721 22955

Erfassung DVMB-Geschäftsstelle:
LV Gr

Stand: 12/08

Beitritts-Erklärung

(Bitte in Druckschrift ausfüllen und im Original per Post an die DVMB-Geschäftsstelle senden)

Ich erkläre meinen Beitritt zur Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew e.V. (DVMB) und zum Landesverband

_____ **ab dem:** . . 20

als: Jährlicher Mindest-Mitgliedsbeitrag **36 €**

- ☐ Morbus-Bechterew-Patient/in
- ☐ Patient/in mit anderer Wirbelsäulenkrankheit:
- ☐ Fördermitglied

Ich beantrage Beitragsermäßigung wegen Doppelmitgliedschaft als: Jährlicher Mindest-Mitgliedsbeitrag **30 €**

- ☐ zweites DVMB-Mitglied im selben Haushalt *
- ☐ Mitglied beim Deutschen Psoriasis-Bund *
- ☐ Mitglied bei der Deutschen Morbus Crohn/Colitis ulcerosa Vereinigung *
- ☐ Mitglied bei der Deutschen Rheuma-Liga *

* Mitgliedsnummer

Name, Vorname, Geschlecht w m

Geburtsdatum . .

Straße und Hausnummer/Postfach

Bundesland PLZ Wohnort Beruf

Telefonnummer mit Vorwahl E-Mail

Ich bin aufmerksam geworden durch:

☐ Arzt ☐ Therapeut ☐ Mitpatient ☐ Internet ☐ Sonstiges

Datenschutzrechtlicher Hinweis: Meine Daten werden in der Mitgliederdatei der DVMB-Bundesgeschäftsstelle, beim o.g. Landesverband und der für mich zuständigen örtlichen Gruppe gespeichert und für die jeweiligen internen Zwecke genutzt. Eine Datenübermittlung an Dritte findet nicht statt.

Datum Unterschrift

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

Name und Anschrift des Kontoinhabers Mitgliedsnummer

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, den von mir zu entrichtenden

Mindestbeitrag (siehe oben) von jährlich*: € ,

und regelmäßig eine freiwillige Spende von:** € ,

mit dem Gesamtbeitrag: € ,

* **Im ersten Jahr wird der Mindestbeitrag anteilig berechnet. Die Satzung sieht vor, dass bedürftige Mitglieder ganz oder teilweise vom Mitgliedsbeitrag befreit werden können. Wir bitten unsere Mitglieder, im Rahmen ihrer persönlichen Möglichkeiten den Jahresbeitrag nach Selbsteinschätzung festzusetzen. Der Mindestbeitrag vermag unsere Kosten nicht zu decken. Für Beiträge von mehr als 100 € erhalten Sie von uns automatisch eine gesonderte Zuwendungsbestätigung.**

** **Im Falle einer Beitragserhöhung soll die Höhe der Spende beibehalten werden:** ☐ Ja ☐ Nein

bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos

Das Lastschriftverfahren erfolgt ab: . . 20

Kontonummer Bankleitzahl Datum

IBAN

BIC Name und Ort des Kreditinstituts oder der Bank

durch Lastschrift einzuziehen.

Datum Unterschrift