

Erfassung DVMB-Geschäftsstelle:

		-					
LV			Gr				

Beitrittserklärung (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: . . 2 0

als:

<input type="checkbox"/> Morbus-Bechterew-Patient/in	<input type="checkbox"/> Patient/in mit artverwandter entzündlicher Wirbelsäulenerkrankung:	Jährlicher Mitgliedsbeitrag 45 €
<input type="checkbox"/> Fördermitglied	<input type="text"/>	

Ich beantrage Beitragsermäßigung wegen Doppelmitgliedschaft als:

<input type="checkbox"/> zweites DVMB-Mitglied im selben Haushalt *	<input type="checkbox"/> Mitglied beim Deutschen Psoriasis-Bund *	Jährlicher Mitgliedsbeitrag 39 €
<input type="checkbox"/> Mitglied bei der Deutschen Morbus Crohn/ Colitis ulcerosa Vereinigung *	<input type="checkbox"/> Mitglied bei der Deutschen Rheuma-Liga *	<input type="text"/>

* Mitgliedsnummer

Name, Vorname, Geschlecht w m Geburtsdatum

Straße und Hausnummer/Postfach

Bundesland PLZ Wohnort zuletzt ausgeübter Beruf

Telefonnummer mit Vorwahl E-Mail

Ich bin aufmerksam geworden durch:

<input type="checkbox"/> Arzt	<input type="checkbox"/> Therapeut	<input type="checkbox"/> Mitpatient	<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Sonstiges
-------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

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

Datum Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer **DE89ZZZ00000075288**
Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige die DVMB, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DVMB 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.

Name und Anschrift des Kontoinhabers Mitgliedsnummer

Jahresbeitrag (siehe oben) von*: € * Im ersten Jahr wird der Mitgliedsbeitrag anteilig berechnet. Bedürftige Mitglieder können auf Antrag ganz oder teilweise vom Mitgliedsbeitrag befreit werden. Bitte sprechen Sie uns hierzu an. Wir bitten unsere Mitglieder, im Rahmen ihrer persönlichen Möglichkeiten die Höhe der Zuwendung nach Selbsteinschätzung festzusetzen. Der Beitrag kann steuerlich abgesetzt werden. Bei Beträgen bis 100 € reicht Ihr Kontoauszug zur Vorlage beim Finanzamt aus. Für Beträge von mehr als 100 € erhalten Sie eine gesonderte Zuwendungsbestätigung.

und regelmäßig eine Zuwendung** (Spende) in Höhe von: €

Gesamtbetrag: € ** Im Falle einer Beitragserhöhung soll die Höhe der Zuwendung beibehalten werden: Ja Nein

IBAN

Kreditinstitut (Name und BIC)

Das SEPA-Lastschriftmandat erfolgt ab: . . 2 0

Datum Unterschrift