



Deutsche Vereinigung
Morbus Bechterew e.V.

Metzgergasse 16
97421 Schweinfurt

Tel. 09721 75508-0
Fax 09721 75508-88

Erfassung DVMB-Geschäftsstelle:

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LV	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Gr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Stand: 06/23

Mitgliedsantrag

(Bitte in Druckschrift ausfüllen und im Original per Post an die DVMB-Geschäftsstelle senden.
Felder mit sind Pflichtfelder)

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

ab dem: 2 0

als:

- Morbus-Bechterew-Patient/in
- Fördermitglied

Patient/in mit artverwandter entzündlicher
Wirbelsäulenerkrankung:

Jährlicher Mitgliedsbeitrag 45 €

Ich beantrage Beitragsermäßigung wegen Doppelmitgliedschaft als: (bitte Zutreffendes ankreuzen)

- zweites DVMB-Mitglied im selben Haushalt *
- Mitglied bei der Deutschen Morbus Crohn/
Colitis ulcerosa Vereinigung *

- Mitglied beim Deutschen Psoriasis-Bund *
- Mitglied bei der Deutschen Rheuma-Liga *

Jährlicher Mitgliedsbeitrag 39 €

* Mitgliedsnummer

Name, Vorname, Geschlecht

w m d

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer/Postfach

Bundesland

PLZ

Wohnort

zuletzt ausgeübter Beruf

Telefonnummer mit Vorwahl

E-Mail

Datenschutzrechtlicher Hinweis:

Meine Daten werden in der Mitgliederdatei der DVMB-Bundesgeschäftsstelle, dem für mich zuständigen Landesverband und der für mich zuständigen örtlichen Gruppe gespeichert. In die Erfassung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und deren Nutzung willige ich ein, soweit dies zur Förderung des Vereinszwecks, zur Verwaltung und Betreuung der Mitglieder nötig ist. Ich stimme zu:

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit schriftlich
und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Wenn ich „Nein“ angekreuzt habe, bedeutet das, dass ich nur vom Bundesverband Informationen, wie z. B. das Morbus-Bechterew-Journal, erhalte. Ich kann auf der Landesebene und in der örtlichen Gruppe nicht wählen und nicht gewählt werden, da meine Daten nicht dorthin weitergeleitet werden.

Datum

Unterschrift

Ich erkenne die Satzung und die Datenschutzerklärung der Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew e.V. an.
Zum Nachlesen unter www.bechterew.de

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

Jahresbeitrag (siehe oben) von*: €

und regelmäßig eine Zuwendung** (Spende) €

Gesamtbetrag: €

* Im ersten Jahr wird der Mitgliedsbeitrag wie folgt berechnet: 1.1.–30.6. 45,00 €, 1.7.–31.12. 22,50 € Doppelmitgliedschaft: 1.1.–30.6. 39,00 €, 1.7.–31.12. 19,50 €. 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.

**Im Falle einer Beitragserhöhung soll die Höhe der Zuwendung beibehalten werden (bitte Zutreffendes ankreuzen):

Ja Nein

DE

IBAN

Das SEPA-Lastschriftmandat erfolgt ab: 2 0

Datum

Datum

Unterschrift