

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als Mitglied des Vereins Morbus Wilson e.V.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt derzeit jährlich 40,- Euro für Einzelmitglieder, 70,- Euro für Familienmitgliedschaft und 150,- Euro für Firmen, zahlbar bis zum 01. Februar des jeweiligen Jahres.

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen: *= Pflichtfelder

*Name: _____

*Vorname: _____

*Geburtsdatum: _____

*Str./Hausnummer: _____

*PLZ/Wohnort: _____

*Land (wenn nicht D): _____

*Telefon/Fax: _____

E-Mail: _____

Der Morbus Wilson e.V. speichert meine personenbezogenen Daten ausschließlich für satzungsgemäße Zwecke, insbes. zur Erleichterung der Mitgliederverwaltung. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten erfolgt unter Beachtung der DSGVO und der aktuellen Fassung des Bundesdatenschutzgesetzes. Eine Weitergabe der Daten an Dritte außerhalb des Morbus Wilson e.V. ist ausgeschlossen.

Ich bin mit der Weitergabe meines Namens und meiner Anschrift an andere Mitglieder des Vereins Morbus Wilson e.V. ausschließlich zur Erfüllung satzungsgemäßer Zwecke einverstanden:

ja

nein

Ich bin selbst an Morbus Wilson erkrankt:

ja

nein

Ich bin damit einverstanden, dass diese Angaben im Hinblick und zur Verfolgung der satzungsgemäßen Zwecke der Selbsthilfeaktivitäten des Vereins für die Dauer meiner Mitgliedschaft gespeichert werden.

Dieses Einverständnis kann ich jederzeit gegenüber dem Verein widerrufen.

*Ort, Datum: _____

*Unterschrift: _____

Bitte drucken Sie die Beitrittserklärung aus, unterschreiben diese und senden sie an Morbus Wilson e.V., Zehlendorfer Damm 119, 14532 Kleinmachnow

Bei Familienmitgliedschaft tragen Sie bitte nachfolgend weitere Angaben der Angehörigen ein. Volljährige Angehörige müssen durch Unterschrift Ihre Mitgliedschaft und Einverständnis bestätigen.

Im Bedarfsfalle drucken Sie diese Seite bitte mehrfach aus.

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen: *= Pflichtfelder

*Name/Vorname: _____

*Geburtsdatum: _____

*Straße/Hausnr: _____

*PLZ/Wohnort: _____

Land (wenn nicht D): _____

Telefon/Fax: _____

E-Mail: _____

Ich bin mit der Weitergabe meines Namens und meiner Anschrift an andere Mitglieder des Morbus Wilson e.V. ausschließlich für die satzungsgemäßen Zwecke einverstanden:

ja

nein

Ich bin selbst an Morbus Wilson erkrankt:

ja

nein

Ich bin damit einverstanden, dass diese Angaben im Hinblick und zur Verfolgung der satzungsgemäßen Zwecke der Selbsthilfeaktivitäten des Vereins für die Dauer meiner Mitgliedschaft gespeichert werden.

Dieses Einverständnis kann ich jederzeit gegenüber dem Verein widerrufen.

*Ort, Datum: _____

*Unterschrift: _____

Ich bin damit einverstanden, dass der Morbus Wilson e.V. meine personenbezogenen Daten ausschließlich für satzungsgemäße Zwecke speichert, insbesondere zur Erleichterung der Mitgliederverwaltung. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten erfolgt unter Beachtung der DSGVO und der aktuellen Fassung des Bundesdatenschutzgesetzes. Eine Weitergabe der Daten an Dritte außerhalb des Morbus Wilson e.V. ist ausgeschlossen.

*Ort, Datum: _____

*Unterschrift: _____

SEPA-Basis-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Morbus Wilson e. V.
Zehlendorfer Damm 119
14532 Kleinmachnow

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]
DE20ZZZ00000452696

[Mandatsreferenz – wird Ihnen vom Kassier mitgeteilt]

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]
Morbus Wilson e. V. Zehlendorfer Damm 119 14532 Kleinmachnow

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom

[Name des Zahlungsempfängers]
Morbus Wilson e. V. Zehlendorfer Damm 119 14532 Kleinmachnow

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Der Einzug des fälligen Beitrags erfolgt im Beitrittsjahr am 1. Geschäftstag des übernächsten auf den Beitritt folgenden Monats und künftig am jeweils 1. Geschäftstag des durch die Mitgliederversammlung festgelegten Fälligkeitsmonats.

Beantragt wurde eine Einzelmitgliedschaft (Beitrag 40 €)
 Familienmitgliedschaft (Beitrag 70 €)

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

[Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)]

[Kreditinstitut]

[IBAN]

[BIC¹]

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

[Ort, Datum]

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)

SEPA-Basis-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Morbus Wilson e. V.
Zehlendorfer Damm 119
14532 Kleinmachnow

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]
DE20ZZZ00000452696

[Mandatsreferenz]

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]
Morbus Wilson e. V. Zehlendorfer Damm 119 14532 Kleinmachnow

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]
Morbus Wilson e. V. Zehlendorfer Damm 119 14532 Kleinmachnow

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Der Einzug des fälligen Beitrags erfolgt im Beitrittsjahr am 1. Geschäftstag des übernächsten auf den Beitritt folgenden Monats und künftig am jeweils 1. Geschäftstag des durch die Mitgliederversammlung festgelegten Fälligkeitsmonats.

Beantragt wurde eine Einzelmitgliedschaft (Beitrag 40 €)
 Familienmitgliedschaft (Beitrag 70 €)

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

[Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)]

[Kreditinstitut]

[IBAN]

[BIC¹]

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

[Ort, Datum]

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)