

## 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 ^= wünschenswert

*Name:	<input type="text"/>
*Vorname:	<input type="text"/>
*Geburtsdatum:	<input type="text"/>
*Str./Hausnr.:	<input type="text"/>
*PLZ/Wohnort:	<input type="text"/>
*Land (wenn nicht D):	<input type="text"/>
*Telefon/Fax:	<input type="text"/>
^E-Mail:	<input type="text"/>

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., Seefeldstraße 28a, 97273 Kürnach**

Oder senden sie die Beitrittserklärung digital unterzeichnet an [info@morbus-wilson.de](mailto:info@morbus-wilson.de).

**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.  
Seefeldstraße 28a  
97273 Kürnach

**Wiederkehrende Zahlungen/  
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]

DE20ZZZ00000452696

[Mandatsreferenz – wird Ihnen vom Kassierer mitgeteilt]

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Morbus Wilson e. V. Seefeldstraße 28a 97273 Kürnach

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. Seefeldstraße 28a 97273 Kürnach

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]

[BIC<sub>1</sub>]

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

Ort/Datum:

Unterschrift (Zahlungspflichtiger):

Der Verein ist eingetragen beim Amtsgericht Potsdam (VR 8947 P).

**Ausfertigung für den Zahlungsempfänger**

**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.  
Seefeldstraße 28a  
97273 Kürnach

**Wiederkehrende Zahlungen/  
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]

DE20ZZZ00000452696

[Mandatsreferenz – wird Ihnen vom Kassierer mitgeteilt]

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Morbus Wilson e. V. Seefeldstraße 28a 97273 Kürnach

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. Seefeldstraße 28a 97273 Kürnach

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]

[BIC<sub>1</sub>]

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

Ort/Datum:

Unterschrift (Zahlungspflichtiger):

Der Verein ist eingetragen beim Amtsgericht Potsdam (VR 8947 P).

**Ausfertigung für den Zahlungspflichtigen**