

Polyneuropathien

Deutsche Polyneuropathie Selbsthilfe e.V.

Selbsthilfeheimat für Betroffenen mit Polyneuropathien



Aufnahmeantrag

in die

**Deutsche Polyneuropathie Selbsthilfe
e.V. Landesverband Sachsen**

**Rembrandt Str. 13b
09111 Chemnitz**

Telefon: 0371 44 45 89 83

Info@pnp-gbs-sachsen.de

www.pnp-gbs-sachsen.de

Aufnahmeantrag in die Deutsche Polyneuropathie Selbsthilfe e.V.

Vorname*:

Name*:

Straße*:

Hausnummer*:

PLZ*:

Wohnort*:

Geburtsdatum*: Telefon:

Beruf:

E-Mail:

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Deutsche Polyneuropathie Selbsthilfe ab:

als ordentliches (normales) Mitglied bzw. Familienmitgliedschaft

zum Jahresbeitrag von € 12,-

oder mehr als den Jahresbeitrag €

Bei einer Familienmitgliedschaft können bis zu 2 zusätzliche Familienmitglieder an der Mitgliedschaft ohne Mehrkosten beteiligt werden. Es muss dabei die gleiche Anschrift wie oben sein. Ordentliche Mitglieder haben volles Stimmrecht.

Name, Vorname, Geburtsdatum des 1. Familienmitgliedes:

Name, Vorname, Geburtsdatum des 2. Familienmitgliedes:

als Fördermitglied: Jahresbetrag €

ich beantrage Beitragsbefreiung: Begründung:

.....
 Ich bin an Polyneuropathie erkrankt: Art:

Ich bin Angehöriger

* sollten für eine problemlose Bearbeitung ausgefüllt werden

Aufnahmeantrag in die Deutsche Polyneuropathie Selbsthilfe e.V.

Ich überweise meinen Mitgliedsbeitrag auf das Konto der
Deutschen Polyneuropathie Selbsthilfe
IBAN: **DE75 8705 8000 0101 0377 40**
Bank: **Sparkasse Vogtland**

Der Beitrag kann im Lastschriftverfahren von meinem Konto abgebucht werden

Gläubiger-Identifikationsnummer der Deutschen Polyneuropathie Selbsthilfe:
DE18ZZZ00002067394
SEPA Lastschriftmandat Mandatsreferenz / Mitgliedsnummer wird durch die
Verwaltung eingetragen

Ich ermächtige die Deutsche Polyneuropathie Selbsthilfe, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen und weise mein Geldinstitut an, diese Lastschriften einzulösen und verpflichte mich, für die Beitragsdeckung einzustehen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Datum der Belastung, die Erstattung des belasteten Betrages fordern. Es gelten dabei die Bedingungen meines Geldinstituts.

Bank:

IBAN:

Datum:

Unterschrift:

Allgemeine Datenschutzerklärung:

- Hiermit gebe ich mein Einverständnis, dass meine Daten zu Zwecken der vereinsinternen Datenverarbeitung gem. den aktuellen gültigen Datenschutzbestimmungen in Mitgliederverzeichnissen gespeichert werden
- Weiterhin gebe ich mein Einverständnis darüber, dass von mir Fotos auf der Vereinswebseite und/oder in der Vereinszeitung gezeigt werden können, die auf Selbsthilfveranstaltungen zum Zwecke der Berichterstattung gemacht wurden.

Diese Erklärung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen auch teilweise widerrufen.

Datum:

Unterschrift: