Polyneuropathien

NAME: _____

Vorname: _____

Str. / Nr. _____

PLZ / Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnr. _____

Beruf: (freiwillige Angabe) _____

E-MAIL: _____

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Deutsche Polyneuropathie Selbsthilfe e.V.

Ab: _____

als ordentliches Mitglied bzw. Familienmitgliedschaft (JAHRESBEITRAG) € 12,-
Oder mehr als den Jahresbeitrag € _____

Bei einer Familienmitgliedschaft können bis zu **2** zusätzliche Familienmitglieder an der Mitgliedschaft ohne Mehrkosten beteiligt werden

Für Arbeitslose / Sozialhilfeempfänger o. ä. ist die Mitgliedschaft auf Antrag kostenlos bei vollem Stimmrecht.

Polyneuropathien

Name + Vorname + Geburtsdatum eines weiteren Familienmitgliedes

Name + Vorname + Geburtsdatum eines weiteren Familienmitgliedes

Ich möchte als Fördermitglied den Verein mit einem Jahresbeitrag von € _____ fördern

Ich bin an Polyneuropathie erkrankt oder Angehöriger. ART: (freiwillige Angabe)

Ich überweise meinen Mitgliedsbeitrag auf das unten aufgeführte Konto für Mitgliedsbeiträge der Deutschen Polyneuropathie Selbsthilfe e.V.

**Bankverbindung und Spendenkonten:
Stadtsparkasse Mönchengladbach**

DE97 3105 0000 0004 7195 48

Datum / Ort

Unterschrift

Polyneuropathien

Aufnahmeantrag

in die

Deutsche Polyneuropathie Selbsthilfe e.V.

Carl-Diem-Str. 108
41065 Mönchengladbach
Telefon 02161 480499
Fax 0322 2375 9019
Info@selbsthilfe-pnp.de
www.selbsthilfe-pnp.de

NUR GEMEINSAM SIND WIR STARK

Wer als Arzt nicht zu einer Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe motiviert, verpasst eine Chance für seinen Patienten.

Polyneuropathien

Warum Mitglied werden?

Nur in einer großen geschlossen auftretenden Organisation bzw. einem Verband wird man etwas bewegen können:

- a) In der Politik beachtet zu werden
- b) Im Gesundheitswesen auf Polyneuropathie Belange eingehen
- c) In der Öffentlichkeit Aufmerksamkeit erlangen
Beispiel: die Deutsche Krebshilfe o. ä.

Sowohl Einzelpersonen oder auch kleine Gruppen sind als Mitglieder willkommen.

Die örtlichen PNP Gruppen behalten weiterhin ihre Selbstständigkeit. Die örtlichen Leiter und deren Stellvertreter müssen von den Teilnehmern der Gruppe gewählt sein. Eine einfache Abstimmung reicht.

Die örtlichen oder Regionalgruppen bzw. Landesverbände sind bei einer Mitgliedschaft sofort „**GEMEINNÜTZIG**“ gem. Satzung der Deutschen Polyneuropathie Selbsthilfe e.V.

(Die Gemeinnützigkeit – bedeutet die Befreiung von der Körperschaftsteuer - wird immer und ohne Ausnahme vom Finanzamt festgestellt)

Die Haftungsfragen sind bei einer Mitgliedschaft in der Deutschen Polyneuropathie Selbsthilfe e.V. gesetzgeberisch geklärt und eindeutig. In anderen Fällen haftet der jeweils Ausführende für Schäden oder ähnliches.

Polyneuropathien

Der Beitrag kann im Lastschriftverfahren von meinem Konto abgebucht werden. Ich verpflichte mich, für die erforderliche Deckung zu sorgen und Kontenänderung zeitnah mitzuteilen.

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 / Sparkasse: _____

IBAN: _____

Datum / Unterschrift:

Datum/ Unterschrift _____

Polyneuropathien

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 Vereins WEB Seite und/oder in der Vereinszeitung gezeigt werden können, die auf Selbsthilfeveranstaltungen zum Zwecke der Berichterstattung gemacht wurden.

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

Datum: _____

Unterschrift: _____