

Beitrittserklärung der Familienhilfe Polyposis coli e.V.

Vereinsanschrift: Am Rain 3a, 36277 Schenklingfeld

F	A	P			
---	---	---	--	--	--

Mandatsnummer = Mitgliedsnummer
(vom Verein auszufüllen)

Hiermit trete ich als Mitglied der Familienhilfe Polyposis coli e.V. bei:

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

geb.: _____ Tel.: _____

Email-Adresse: _____

Mitgliedsform: Ordentliches oder förderndes Mitglied

- Einzelmitgliedschaft (Jahresbeitrag 35 €) ich bin Betroffene(r) ich bin Angehörige(r)

Als Betroffener ist man selbst erkrankt, Angehörige sind z. B. Eltern eines erkrankten Kindes, Ehe-/Lebenspartner, selber jedoch nicht erkrankt.

- Familienmitgliedschaft (Jahresbeitrag 50 €)

Familienangehörige sind Verwandte 1. Grades: Kinder bis max. 25 Jahre; Erziehungsberechtigte, Ehe-/Lebenspartner im gemeinsamen Haushalt. (Bitte Personen auflisten!)

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

- Förderndes Mitglied (Jahresbeitrag 35 €)

Alle anderen natürlichen und juristischen Personen, die nicht Betroffene oder deren Familienangehörige sind.

Zugehörigkeit zu einer Regionalgruppe:

Jedes ordentliche Mitglied wird einer Regionalgruppe zugeordnet. Bitte wählen Sie nachfolgend die Regionalgruppe aus, der Sie zunächst zugeordnet werden wollen. Aus der Zuordnung ergeben sie keine Verpflichtungen. Nach Rückmeldung an den Verein kann die Regionalgruppenzugehörigkeit gewechselt werden.

- Wuppertal Dresden Heidelberg
 Bonn Hamburg München

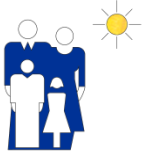
Erklärung zum Datenschutz:

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung der Familienhilfe Polyposis coli e.V. an und erkläre mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten unter Berücksichtigung des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) für vereinsinterne Zwecke gespeichert, verarbeitet und genutzt werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

ggf. Unterschrift aller volljährigen Familienmitglieder oder bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigten



Beitrittserklärung der Familienhilfe Polyposis coli e.V.

Vereinsanschrift: Am Rain 3a, 36277 Schenkklengsfeld

Mitgliedschaft in der Familienhilfe Polyposis coli e.V.

Die Familienhilfe Polyposis coli e.V. ist eine bundesweite Selbsthilfegruppe und umfasst heute etwa 150 Mitglieder. Wir finanzieren uns ausschließlich über Mitgliedsbeiträge, Spenden und die Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe durch die Krankenkassen.

Patienten und deren Angehörige haben in verschiedenen Bundesländern Regionalgruppen eingerichtet, die es sich zur Aufgabe gemacht haben, Betroffenen zu helfen und einen Weg aufzuzeigen, um miteinander möglichst viele Probleme zu lösen.

Wir veranstalten Wochenendseminare, die Orte der Vermittlung und Begegnung für Patienten sind und bieten zahlreiche Informationsbroschüren, die Sie über Ergebnisse aus Medizin, Patiententreffen und Veranstaltungen informieren. Notfallsweise, die sie anfordern können, erleichtern im Urlaub oder auf Reisen die Behandlung einer auftretenden Erkrankung. Auf unserer Homepage www.familienhilfe-polyposis.de finden Sie weitere interessante Beiträge, Adressen und Informationen.

Um alle diese Aktivitäten auch weiterhin finanzieren zu können, sind wir auf Mitgliedsbeiträge dringend angewiesen. Bitte unterstützen Sie uns und werden Sie Mitglied in der Familienhilfe Polyposis coli e.V.

Wir freuen uns immer über ehrenamtliche Mitarbeiter, bei Interesse kontaktieren Sie uns!

Selbstverständlich behandeln wir Ihre Angaben vertraulich und verwenden sie ausschließlich zu Zwecken der Vereinsarbeit. Eine Weitergabe Ihrer Daten an Dritte findet nicht statt.

Familienhilfe Polyposis coli e.V.

SEPA-Lastschriftmandat

Familienhilfe Polyposis coli e.V.

Am Rain 3a, 36277 Schenkklengsfeld

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE94FAP00000299171

Ich ermächtige die Familienhilfe Polyposis coli e.V. widerruflich den Mitgliedsbeitrag mittels Lastschrift von meinem Konto abzubuchen. Die Mandatsnummer wird separat mitgeteilt. Das SEPA-Lastschriftmandat ist bis zu meinem Widerruf gültig. Sollte mein Konto im Zeitpunkt der Beitragseinziehung (1. April eines Jahres) nicht die erforderliche Deckung aufweisen und entstehen dem Verein durch die Zahlungsverweigerung des kontoführenden Instituts weitere Kosten, werde ich diese auf Aufforderung unverzüglich erstatten.

Vorname und Nachname (Kontoinhaber): _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

IBAN (internationale Kontonummer): _____

BIC (internationale Bankenkennung): _____

Name des Kreditinstituts: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von _____

(falls abweichend vom Kontoinhaber)