DVMB
Deutsche Vereinigung
Morbus Bechterew e.V.
Metzgergasse 16
97421 Schweinfurt
Tel +49 (0)9721 22033
Fax +49 (0)9721 22955

Erfassung DVMB-Geschäftsstelle:
LV Gr

Stand: 05/18

Beitrittserklärung

(Bitte in Druckschrift ausfüllen und im Original per Post an die DVMB-Geschäftsstelle senden. Felder mit X sind Pflichtfelder)

Ich erkläre meinen Beitritt zur Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew e.V. (DVMB) und zum Landesverband X **ab dem:** . . 2 0 X

als: X

- ☒ Morbus-Bechterew-Patient/in
- ☒ Fördermitglied
- ☒ Patient/in mit artverwandter entzündlicher Wirbelsäulenerkrankung:

Jährlicher Mitgliedsbeitrag **45 €**

Ich beantrage Beitragsermäßigung wegen Doppelmitgliedschaft als: X

- ☒ zweites DVMB-Mitglied im selben Haushalt *
- ☒ Mitglied bei der Deutschen Morbus Crohn/ Colitis ulcerosa Vereinigung *
- ☒ Mitglied beim Deutschen Psoriasis-Bund *
- ☒ Mitglied bei der Deutschen Rheuma-Liga *

Jährlicher Mitgliedsbeitrag **39 €**

* Mitgliedsnummer

X Name, Vorname, Geschlecht — w m

X Geburtsdatum

X Straße und Hausnummer/Postfach

X Bundesland — X PLZ — X Wohnort — zuletzt ausgeübter Beruf

X Telefonnummer mit Vorwahl — E-Mail

Datenschutzrechtlicher Hinweis:
Meine Daten werden in der Mitgliederdatei der DVMB Bundesgeschäftsstelle, dem für mich zuständigen Landesverband und der für mich zuständigen örtlichen Gruppe gespeichert. In der Erfassung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und deren Nutzung willige ich ein, soweit dies zur Förderung des Vereinszwecks, zur Verwaltung und Betreuung der Mitglieder nötig ist.

Ich stimme zu: ☒ Ja X ☒ Nein

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit schriftlich und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

X Datum — X Unterschrift

Wenn ich „Nein“ angekreuzt habe, bedeutet das, dass ich nur vom Bundesverband Informationen, wie z.B. das Morbus-Bechterew-Journal erhalte. Ich kann auf der Landesebene und in der örtlichen Gruppe nicht wählen und nicht gewählt werden, da meine Daten nicht dorthin weitergeleitet werden.

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE89ZZZ00000075288
Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige die DVMB, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DVMB auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

X Name und Anschrift des Kontoinhabers

Jahresbeitrag (siehe oben) von*: X € ,

und regelmäßig eine Zuwendung** (Spende) in Höhe von: € ,

Gesamtbetrag: X € ,

* Im ersten Jahr wird der Mitgliedsbeitrag anteilig berechnet. Bedürftige Mitglieder können auf Antrag ganz oder teilweise vom Mitgliedsbeitrag befreit werden. Bitte sprechen Sie uns hierzu an. Wir bitten unsere Mitglieder, im Rahmen ihrer persönlichen Möglichkeiten die Höhe der Zuwendung nach Selbsteinschätzung festzusetzen. Der Beitrag kann steurlich abgesetzt werden. Bei Beträgen bis 100 € reicht Ihr Kontoauszug zur Vorlage beim Finanzamt aus. Für Beträge von mehr als 100 € erhalten Sie eine gesonderte Zuwendungsbestätigung.

** Im Falle einer Beitragserhöhung soll die Höhe der Zuwendung beibehalten werden: ☒ Ja X ☒ Nein

D E

X IBAN

Das SEPA-Lastschriftmandat erfolgt ab: . . 2 0

X Datum

X Datum — X Unterschrift