

Beitrittserklärung

Der / Die Unterzeichner/in erklärt hiermit seinen / ihren Beitritt zur Gesellschaft für Mukopolysaccharidosen e.V. und verpflichtet sich, nach der Satzung des Vereins zu handeln.



Gemeinsam Hoffnung geben

**Gesellschaft für
Mukopolysaccharidosen e.V.**

Beratungs- und Geschäftsstelle
Herstellstraße 35
63739 Aschaffenburg

Name, Vorname

Geburtsdatum

Beruf

Telefon / Fax / E-Mail

Name, Vorname des Ehe-/Lebenspartners

Geburtsdatum

Beruf des Ehe-/Lebenspartners bzw. bei einer Fördermitgliedschaft ggf. Name der Firma

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Angaben zu Kindern (Vorname, Geburtsdatum, MPS-Form oder gesund)

Angaben zu Kindern (Vorname, Geburtsdatum, MPS-Form oder gesund)

Jahresbeitrag:

(zahlbar erstes Quartal)

☐ Einzelmitgliedschaft EUR 26,00

☐ Familienmitgliedschaft EUR 50,00

☐ Fördermitgliedschaft:

☐ als Einzelperson EUR 50,00

☐ im Rahmen von „120 x 120“ EUR 120,00

☐ als juristische Person EUR 200,00

Ort, Datum Unterschrift

Sie helfen uns, unnötige Verwaltungskosten einzusparen, wenn Sie nachstehende Einzugsermächtigung ausfüllen, unterschreiben und uns zusenden. Sie erleichtern dadurch sich und uns die Arbeit.

Einzugsermächtigung (SEPA-Lastschriftmandat)

Der/Die Unterzeichner/in erklärt hiermit seinen/ihren Beitritt zur Gesellschaft für Mukopolysaccharidosen e.V. und verpflichtet sich, nach der Satzung des Vereins zu handeln. Ich ermächtige die Gesellschaft für Mukopolysaccharidosen e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Gesellschaft für Mukopolysaccharidosen e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: (1) Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. (2) Die Gläubiger-Identifikationsnummer der Gesellschaft für MPS e.V. sowie die Mandatsreferenz erhalte ich nach dem Beitritt in einem gesonderten Schreiben.

Vorname und Name des Kontoinhabers

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Kreditinstitut (Name)

(BIC)

DE_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
IBAN

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von _____
(Bitte nur angeben, wenn Kontoinhaber und Mitglied nicht identisch sind)

Ich ermächtige die Gesellschaft für Mukopolysaccharidosen e.V. hiermit zusätzlich zum Jahresbeitrag, regelmäßig eine Spende in Höhe von EUR _____ vom oben genannten Konto einzuziehen.

Ort, Datum Unterschrift

Sehr geehrtes Mitglied



**Gesellschaft für
Mukopolysaccharidosen e.V.**

Beratungs- und Geschäftsstelle
Herstellstraße 35
63739 Aschaffenburg

Die Weitergabe der Adressdaten erfolgt ausschließlich an Mitglieder des Vereins z.B. zum Zwecke des Erfahrungsaustauschs.

Durch das Einsetzen von Regionalverantwortlichen wollen wir Ihnen einen Ansprechpartner in Ihrer Nähe nennen können, Regionaltreffen veranstalten und unsere regionale Präsenz stärken.

Wir geben Ihre Daten jedoch erst nach Ihrer Freigabe weiter. Daher ist die Information, ob Sie dies wünschen, sehr wichtig für uns!

Unsere Patientendatenbank ist für uns ein äußerst wichtiges Mittel, um ein besseres Verständnis der Erkrankung MPS in all ihren unterschiedlichen Ausprägungsformen zu erlangen und um Ihre Bedürfnisse als Betroffene bzw. Angehörige besser erkennen zu können.

Wir versichern Ihnen, dass wir Ihre Daten höchst vertraulich behandeln! Sie können diese Erklärung jederzeit widerrufen. Bitte senden Sie uns dieses ausgefüllte Blatt zusammen mit Ihrer Beitrittserklärung – auch wenn Sie KEINE Weitergabe wünschen sollten.

Vielen Dank.
Der Vorstand

Datenfreigabe / Einverständniserklärung

Name, Vorname

Name, Vorname

- ☐ Ja, ich / wir bin / sind mit der Speicherung und uneingeschränkten Datenweitergabe meiner / unserer Adresse, Telefon- und Faxnummer, E-Mailadresse und des MPS-Typs der Erkrankung an andere Vereinsmitglieder einverstanden.
- ☐ Ja, ich / wir bin / sind grundsätzlich mit der Speicherung und Datenweitergabe meiner / unserer Adresse, Telefon- und Faxnummer, E-Mailadresse und des MPS-Typs der Erkrankung an andere Vereinsmitglieder einverstanden, habe/n aber folgende Einschränkung:
- _____
☐ Nein, ich / wir bin / sind nicht mit der uneingeschränkten Datenweitergabe meiner / unserer Adresse, Telefon- und Faxnummer, E-Mailadresse und des MPS-Typs der Erkrankung an andere Vereinsmitglieder einverstanden.
- ☐ Ja, ich / wir möchte / möchten an der Patientendatenbank der Gesellschaft für MPS e.V. teilnehmen und bin / sind damit einverstanden diesbezüglich von der Gesellschaft kontaktiert zu werden.

Datum,

Unterschrift

Unterschrift

Beratungs- und Geschäftsstelle

Gesellschaft für MPS e.V.
Herstellstraße 35, 63739 Aschaffenburg
Telefon: 0 60 21 - 85 83 73, Telefax: 0 60 21 - 85 83 72
E-Mail: info@mps-ev.de, Internet: www.mps-ev.de

Bankverbindung Mitgliedsbeiträge

IBAN DE45 80080000 0815310300
BIC DRESDEFF800
(Commerzbank)

Spendenkonto

IBAN DE57 55020500 0007605700
BIC BFSWDE33MNZ
(Bank für Sozialwirtschaft)