



Deutsche Rheuma-Liga
Landesverband Bayern e.V.
Fürstenrieder Straße 90
80686 München

Stempel der Arbeitsgemeinschaft

Mitgliedsantrag bei der Deutschen Rheuma-Liga, Landesverband Bayern e.V.

Hiermit beantrage ich ab dem _____ die satzungsgemäße Mitgliedschaft als:

- | | | |
|---|--|------------|
| <input type="checkbox"/> Mitglied | Jahresmitgliedsbeitrag | 25,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> weiteres Mitglied im selben Haushalt | Jahresmitgliedsbeitrag | 18,80 Euro |
| <input type="checkbox"/> Fördermitglied | (freiwilliger Beitrag mindestens 25,00 Euro) | _____ Euro |

Ich beantrage Beitragsermäßigung wegen einer Doppelmitgliedschaft bei (bitte entsprechende Nachweise beifügen):

- | | | |
|--|------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew | Jahresmitgliedsbeitrag | 18,80 Euro |
| <input type="checkbox"/> Lupus Erythematodes Selbsthilfegemeinschaft | Jahresmitgliedsbeitrag | 18,80 Euro |
| <input type="checkbox"/> Sklerodermie Selbsthilfe e.V. | Jahresmitgliedsbeitrag | 18,80 Euro |

Bei Eintritt ab 01.07. ermäßigt sich der jeweilige Jahresmitgliedsbeitrag im ersten Jahr um die Hälfte.

Angaben zur Person: Frau Herr Titel _____

Name*, Vorname* _____ Geburtsdatum* _____

Name des rheumakranken Kindes* _____ Geburtsdatum* _____

Straße* _____ Hausnummer* _____

PLZ * _____ Ort* _____

Telefon* _____ E-Mail _____

Art der rheumatischen Erkrankung _____

Beruf/früherer Beruf _____ berufstätig berentet

Krankenkasse (Kurzbezeichnung) _____ Rentenversicherung _____

Bitte füllen Sie alle mit einem *(Stern) gekennzeichneten Pflichtfelder aus. Ihre freiwilligen Angaben helfen uns, noch bessere, auf Sie zugeschnittene Leistungen zu entwickeln.

- Hiermit willige ich ein, dass die eingetragenen, personenbezogenen Daten/Gesundheitsdaten (Pflichtangaben, freiwillige Angaben) von der Deutschen Rheuma-Liga, Landesverband Bayern e.V. für die Erfüllung satzungsgemäßer Zwecke (insbesondere zur Beratung, Betreuung, Information und Rehabilitation) erhoben, verarbeitet und genutzt werden dürfen.
- Gleiches gilt auch für die Abrechnung der an mich ausgehändigten ärztlichen Verordnungen an die zuständigen Abrechnungsstellen und für die Weitergabe meiner Anschrift zum Zweck der Versendung der Mitgliederzeitschrift „mobil“.

Widerrufshinweis: Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit schriftlich widerrufen kann. Den Widerruf richten Sie an den Landesverband Bayern e.V. mit oben aufgeführter Adresse.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____
Bitte füllen Sie zur Erteilung einer Einzugsermächtigung das umseitige SEPA-Lastschriftmandat aus!

Bitte
wenden!
➔

Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats

Deutsche Rheuma-Liga, Landesverband Bayern e.V., Fürstenrieder Str. 90, 80686 München
(Zahlungsempfänger)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 75ZZZ00000073309

Mandatsreferenz Mitgliedsbeitrag: (MG-Nummer _____)
wird von der Deutschen Rheuma-Liga eingetragen und Ihnen mit der Mitgliedsbestätigung mitgeteilt.

Vorname und Name (Kontoinhaber / Zahler)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Deutsche Rheuma-Liga, Landesverband Bayern e.V., den jährlichen Mitgliedsbeitrag bis auf Widerruf von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Deutsche Rheuma-Liga, Landesverband Bayern e.V. auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut des Zahlers

IBAN:DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

BIC ____ | ____

Ort, Datum, Unterschrift/en des/der Zahler/s

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich/uns die Deutsche Rheuma-Liga, Landesverband Bayern e.V., über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.