



Aufnahmeantrag

Hiermit bitte ich um Aufnahme als ordentliches Mitglied in die Diamond - Blackfan – Anämie Selbsthilfe Deutschland e.V.

Ich bin mit der regelmäßigen Zahlung eines jährlichen Beitrages von derzeit 60,00 EUR einverstanden. Die Zahlung erfolgt per Lastschrift (siehe Folgeseite).

| | | | |
|----------------------|--|--------------------|--|
| Name, Vorname | | | |
| Straße | | | |
| PLZ/Ort | | | |
| Telefon ¹ | | E-Mail | |
| Fax ¹ | | Handy ¹ | |

Ich bin damit einverstanden, dass meine obenstehenden Angaben für vereinsinterne Zwecke gespeichert werden.

Ort

Datum

Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass meine/unsere personenbezogenen Daten (Name/n, Vorname/n, PLZ, Stadt, E-Mail-Adresse und Telefonnummer/n) an die Mitglieder innerhalb der Selbsthilfegruppe weitergegeben werden. Die Weitergabe kann durch Verteilung der Mitgliederliste per E-Mail zur Kontaktaufnahme innerhalb der Gruppe oder auf Anfrage eines Mitgliedes beim Vorstand erfolgen. Ich verpflichte mich, die Mitgliederdaten vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben.

Ich kann meine Zustimmung zur Weitergabe meiner Daten für die Zukunft jederzeit widersprechen. Hierzu genügt eine formlose schriftliche Information an den Vorstand.

Ort

Datum

Unterschrift

¹ Freiwillige Angabe



Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

1. Einzugsermächtigung

Ich ermächtige die Diamond - Blackfan – Anämie Selbsthilfe Deutschland e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

2. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Diamond - Blackfan – Anämie Selbsthilfe Deutschland e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Diamond - Blackfan – Anämie Selbsthilfe Deutschland e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

| | | | |
|---------------|--|-----|--|
| IBAN | | BIC | |
| Bankname | | | |
| Kontoinhaber | | | |
| Mitgliedsname | | | |

Ort

Datum

Unterschrift Kontoinhaber

Hinweise:

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.

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift wird mich die Diamond - Blackfan – Anämie Selbsthilfe Deutschland e.V. über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Institutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Bei Nichteinlösung des Mitgliedsbeitrages wird vom Mitglied eine Erstattung der Rücklastschriftgebühren verlangt.



Diamond - Blackfan – Anämie Selbsthilfe Deutschland e.V.

www.diamond-blackfan.de
info@diamond-blackfan.de

Fragebogen

| Erkrankte Person | |
|--|--|
| Name, Vorname | |
| Geburtsdatum | |
| Diagnose ¹ | |
| Behandelnder Arzt ¹ | |
| Krankheits- verlauf ¹ | |
| Geschwister, Geburtsdatum ¹ | |
| Eltern (Angabe nur bei erkranktem/n Kind/Kindern erforderlich) | |
| Name der Mutter | |
| Name des Vaters | |

Ich bin damit einverstanden, dass meine obenstehenden Angaben für vereinsinterne Zwecke gespeichert werden.

Ort

Datum

Unterschrift

¹ Die Erhebung der Gesundheitsdaten dient den Vereinszielen und der Verbesserung der Betreuung und Beratung der Mitglieder. Die Angaben sind freiwillig.