



Antrag auf Mitgliedschaft

- als ordentliches Mitglied
(Ich bin an Endometriose erkrankt.)
- als außerordentliches Mitglied
(z.B. Partner*innen und andere Unterstützer*innen)
- als förderndes Mitglied (Institutionen oder Personen, z.B. Endometriosezentren und Gynäkolog*innen; eine Fördermitgliedschaft beinhaltet die Nennung auf der Webseite des Vereins)

Vorname*: _____ Nachname/Titel*: _____
bzw. Institution bei Fördermitgliedschaft

Straße, Nr.*: _____ PLZ Wohnort*: _____

Bundesland*: _____ Tel-Nr.: _____

E-Mail*: _____ Institution/Beruf: _____
Angabe bei Fördermitgliedschaft erforderlich

Geb.-Datum*: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Ich bin Partner*in oder Angehörige*r von: _____

Zustimmung zum Mitgliedernewsletters und Neuigkeiten der Endometriose-Vereinigung per E-Mail

- ja Nein

Datenschutz

Die Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. verarbeitet und nutzt Ihre Daten für die Erfüllung der Vereinsziele und zur Betreuung im Rahmen der Mitgliedschaft (z.B. für die Mitgliedsbeiträge oder für das Versenden der Einladungen zur Mitgliederversammlung und des Newsletters) und teilt sie darüber hinaus nicht mit Dritten. Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie der satzungsgemäßen Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten zu und bestätigen die Kenntnisnahme der Datenschutzerklärung auf unserer Webseite.

Mitgliedsbeitrag

Der Beitrag für ordentliche/außerordentliche Mitglieder beträgt mindestens 60 € pro Kalender-jahr. Bei Angehörigen, Ehe- oder Lebenspartner*innen von bestehenden Mitgliedern beträgt der Beitrag mindestens 30 € pro Kalenderjahr. Der Beitrag für fördernde Mitglieder beträgt mindestens 250 € pro Kalenderjahr. Nach eigenem Ermessen kann sich jedes Mitglied für einen höheren Mitgliedsbeitrag entscheiden.

Ich zahle einen Mitgliedsbeitrag von _____ €* pro Kalenderjahr durch:

Lastschriftverfahren

Ich berechne die Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. den Jahresbeitrag von meinem Konto bis zum 31. März jeden Jahres mittels Lastschrift einzuziehen. Im ersten Jahr wird der Betrag innerhalb von vier Wochen nach Eingang dieses Antrags abgebucht.

IBAN: _____ Kontoinhaber*in: _____

Überweisung auf das Konto der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. bis zum 31.03. jeden Jahres. Im ersten Jahr spätestens zwei Wochen nach Erhalt einer Rechnung. IBAN: DE 29 860 205 00 000 355 88 00, Bank für Sozialwirtschaft

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. an.

Ort und Datum

Unterschrift Antragsteller*in
und ggf. Kontoinhaber*in