



Antrag auf Mitgliedschaft

als ordentliches Mitglied

(Ich bin an Endometriose erkrankt.)

als förderndes Mitglied (Institutionen oder Personen, z.B. Endometriosezentren und Gynäkolog*innen; eine Fördermitgliedschaft beinhaltet die Nennung auf der Homepage des Vereins)

als außerordentliches Mitglied

(z.B. Partner*innen und andere Unterstützer*innen)

Vorname*:

Nachname/Titel*:

_____ bzw. Institution bei Fördermitgliedschaft

Straße, Nr.*:

PLZ Wohnort*:

Bundesland*:

Tel.-Nr.:

E-Mail*:

Mobil:

Geb.-Datum*:

Institution/Beruf

_____ Angabe bei Fördermitgliedschaft erforderlich

Wodurch sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Ich bin Partner*in oder Angehörige*r von:

_____ Vorname Name, Mitgliedsnummer

Ich möchte den Newsletter und regelmäßige Informationen der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. per E-Mail erhalten. (Diese Angabe kann jederzeit per E-Mail widerrufen werden.)

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.

Mitgliedsbeitrag

Der Beitrag für ordentliche/außerordentliche Mitglieder beträgt mindestens 60 € pro Kalenderjahr.

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 Mitgliedbeitrag entscheiden.

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

Lastschriftverfahren

IBAN:

Kontoinhaber*in:

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.

Überweisung auf das Konto der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. bis zum **31. März** 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, Datum

Unterschrift Antragsteller*in und ggf. Kontoinhaber*in