



Antrag auf Mitgliedschaft

als *ordentliches* Mitglied
(Ich bin an Endometriose erkrankt.)

als *außerordentliches* Mitglied
(z.B. Partner/innen und Angehörige)

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

Vorname*: _____

Nachname*: _____
bzw. Institution bei Fördermitgliedschaft

Straße, Nr.*: _____

PLZ Wohnort*: _____

E-Mail*: _____

Angabe notwendig für den Erhalt des Newsletters

Telefon-Nr.: _____

Geb.Datum*: _____

Beruf: _____

Wodurch sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

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

Vorname Name, Mitgl.-Nr.

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 & Kontoinhaber/in