

Antrag auf Mitgliedschaft

Paar- und Familienmitgliedschaft (50,00 EUR/Jahr)

Gilt für alle Ehepaare, unverheirateten Paare, Paare in eingetragenen Lebenspartnerschaften und deren minderjährigen Kinder. Heranwachsende und Kinder können in der Paar- und Familienmitgliedschaft teilnehmen, solange sie sich in einer Ausbildung oder einem Studium befinden und kein Einkommen haben. Sobald eigenes Einkommen (über die Ausbildungsvergütung hinaus) erzielt wird ist eine Einzelmitgliedschaft angezeigt. Die Vereinsmitglieder haben die Pflicht dies regelmäßig selbstständig zu überprüfen und dem Vorstand zu melden, wenn sich die Verhältnisse verändert haben.

Einzelmitgliedschaft (25,00 EUR/Jahr)

Gilt für alleinstehende Volljährige mit festem Einkommen.

Minderjährige Einzelpersonen können nicht ohne erwachsene Bezugsperson als Mitglied aufgenommen werden. Minderjährige müssen mit Bezugsperson in der Paar- und Familienmitgliedschaft beitreten.

Einzelmitgliedschaft „Ausbildung, Studium, ohne Einkommen“ (12,00 EUR/Jahr)

Gilt für alleinstehende Volljährige die sich in der Ausbildung befinden, studieren oder kein festes Einkommen haben. Minderjährige Einzelpersonen können nicht ohne erwachsene Bezugsperson als Mitglied aufgenommen werden. Minderjährige müssen mit Bezugsperson in der Paar- und Familienmitgliedschaft beitreten.

Fördermitgliedschaft in Höhe von _____ EUR/Jahr (mind. 10,00 EUR)

Fördermitglieder können alle Personen werden, die nicht von „Phosphatdiabetes“ betroffen sind und auch keine erkrankten Angehörigen haben, aber unabhängig davon die Ziele des Vereins unterstützen wollen. Fördermitglieder haben kein Antrags- und Stimmrecht, jedoch ein Rederecht auf der Mitgliederversammlung.

Die Kündigung der Mitgliedschaft kann zum Ende des Kalenderjahres schriftlich, ohne Fristsetzung erfolgen.

Persönliche Daten

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ Ort _____

Telefon _____ Mobil _____

E-mail _____

Ich oder einer meiner Familienangehörigen, arbeitet hauptberuflich, nebenberuflich oder ehrenamtlich bei einem Pharmaunternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder in einer Institution, die sich mit der Erkrankung „Phosphatdiabetes“ befasst.

Nein

Ja, und zwar als _____

bei dem Unternehmen/ der Institution _____

Ort, Datum

Unterschrift

Die im Mitgliedsantrag erhobenen Daten werden gespeichert und zur Mitgliederverwaltung, zur Kontaktaufnahme, zum Einzug der Mitgliedsbeiträge und in anonymisierter Form zum Erstellen von Mitgliederstatistiken verwendet. Die Daten werden keinesfalls ohne ihr ausdrückliches, schriftliches Einverständnis an Dritte weitergereicht. Mit einer fristlosen, schriftlichen Anweisung löschen wir Ihre Daten unverzüglich und vollständig.



Ich bin auf die Organisation Phosphatdiabetes e.V. aufmerksam geworden durch:

- Internet Med. Fachperson Andere Betroffene Medien Sonstiges

Bitte alle Familienmitglieder (die im Rahmen einer Mitgliedschaft aufgenommen werden sollen) inkl. sich selbst angeben:

Die Angaben „Phosphatdiabetes ja/nein“ sind freiwillig!

Bei den Angaben „Phosphatdiabetes ja/nein“ handelt es sich um gesundheitsbezogene Daten. Sie unterliegen einem besonderen Schutz und werden entsprechend vertraulich behandelt. Wir nutzen diese Daten in anonymisierter Form für statistische Zwecke. Außerdem sind sie hilfreich, um unser Angebot an die Bedürfnisse Betroffener anzupassen.

Nachname	Vorname	Geburtsdatum	Phosphatdiabetes	
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ich ermächtige hiermit den PHOSPHATDIABETES e.V. den fälligen Mitgliedsbeitrag zum 01. April des Jahres von meinem Konto per Lastschrift einzuziehen.

Name der kontoinhabenden Person

Geldinstitut

IBAN

BIC

Datum

Unterschrift

Bitte den ausgefüllten Antrag an die untenstehende Adresse senden und den anteiligen Betrag für die Quartale des laufenden Jahres auf das angegebene Konto überweisen.

Vielen Dank
der Vorstand des Phosphatdiabetes e.V.

Phosphatdiabetes e.V.

Eingetragen beim Amtsgericht Ulm
Bankverbindung: Sparkasse Ulm
BIC: SOLADES1ULM
IBAN: DE 91 6305 0000 1010 1214 11

1. Vorsitzende

Martha Kirchhoff Im
Rosengarten 3
D-59556 Lippstadt
Tel.: 0152-53068335

Webseite: www.phosphatdiabetes.de
E-Mail: info@phosphatdiabetes.de