

Mitgl.-Nr.:  
erfasst am:

Bundesverband Skoliose-Selbsthilfe e. V.  
Geschäftsstelle  
Siegburger Straße 1a  
51491 Overath

**Beitrittserklärung zum Bundesverband Skoliose-Selbsthilfe e. V.  
mit Wirkung vom \_\_\_\_\_ 20\_\_ als**

- Einzelmitglied                       Familienmitgliedschaft                       juristische Person  
 eigenständige(r) Selbsthilfegruppe oder -verein  
(Bitte in Druckschrift ausfüllen)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon / Mobil: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Bundesland: \_\_\_\_\_

**Beitragshöhe: EUR \_\_\_\_\_,00**

**Der Jahresbeitrag beträgt EUR 50,00 bei Einzelmitgliedschaft und EUR 60,00 bei Familienmitgliedschaft, für juristische Personen und eigenständige Selbsthilfegruppen und -vereine EUR 150,00. Ein höherer Beitragssatz ist freiwillig möglich.**

Familienangehörige (gilt nur für die Familienmitgliedschaft): Vor- und Zuname, Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_

Antrag auf Ermäßigung (50 %) können stellen: Schüler, Auszubildende, Studenten, Personen mit geringem Einkommen.

Die von Ihnen in Ihrer Beitrittserklärung und der anliegenden SEPA-Einzugsermächtigung angegebenen Daten über Ihre persönlichen und sachlichen Verhältnisse (sogenannte personenbezogene Daten) werden unter Berücksichtigung der Vorgaben der Datenschutz-Grundverordnung und des Bundesdatenschutzgesetzes für Zwecke der Betreuung und der Verwaltung der Mitglieder und der Verfolgung der Vereinsziele gespeichert und verarbeitet. Sie können jederzeit schriftlich Auskunft über die bezüglich Ihrer Person gespeicherten Daten erhalten und bei Unrichtigkeit Korrektur verlangen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Bitte beantworten Sie uns abschließend noch, woher Sie die Informationen über unseren Verband erhalten haben:**

- Presse     Funk/Fernsehen     Bekannte     Internet     Reha-Klinik     Krankenhaus     Sonstiges

**Wir würden Sie gerne über regelmäßige Treffen und Veranstaltungen unserer ortsnahen Selbsthilfegruppen informieren. Zur Kontaktaufnahme benötigen wir Ihre Einwilligung.**

Mit meiner Unterschrift stimme ich der Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an die wohnortnächste Selbsthilfegruppe des Bundesverbandes Skoliose-Selbsthilfe e. V. sowie der dortigen Speicherung und Verarbeitung zum Zwecke der Kontaktaufnahme mit mir zu. Meine Einwilligung kann ich jederzeit gegenüber der Geschäftsstelle des Bundesverbandes Skoliose-Selbsthilfe e. V. widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### **Einzugsermächtigung**

**Ohne Einzugsermächtigung kann die Beitrittserklärung nicht bearbeitet werden.**

Ich ermächtige den Bundesverband Skoliose-Selbsthilfe e. V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beitragszahlungen von meinem Konto einzuziehen. Der Mitgliedsbeitrag wird jährlich zum 1. Montag im März eingezogen. Fällt dieser nicht auf einen Bankarbeitstag, erfolgt der Einzug am unmittelbar darauffolgenden Bankarbeitstag. Bei einem unterjährigen Eintritt erfolgt für den erstmaligen Einzug eine separate Benachrichtigung.

### **SEPA-Lastschriftmandat**

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE79ZZZ00000995416**  
**Mandatsreferenz: WIRD SEPARAT MITGETEILT**

Ich ermächtige den Bundesverband Skoliose-Selbsthilfe e. V. widerruflich, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Bundesverband Skoliose-Selbsthilfe e. V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Hinweis: 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.

**(Bitte in Druckschrift ausfüllen)**

Kontoinhaber (Name, Vorname): \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Wohnort: \_\_\_\_\_

Geldinstitut: \_\_\_\_\_

BIC (Bank Identifier Code): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

DE \_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

IBAN (International Bank Account Number):

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift