

AUFNAHMEANTRAG

POTS und andere Dysautonomien e.V.



POTS und andere
Dysautonomien e.V.

Bitte in Druckbuchstaben schreiben! (*Pflichtfeld, **Pflichtfeld bei Familienmitgliedschaft)

Nachname* Vorname*
Geschlecht* m / w / d Geb.-Datum* Beruf Tätig? ja nein
Straße* Nr. Tel. Handy
PLZ* Stadt* E-Mail*
Land*: Kontakt (bevorzugt) per Mail/online per Brief SMS

POTS* ja nein NCS* ja nein
andere Dysautonomie* ja nein Welche(n):
Bestätigte Diagnose* ja nein Wenn ja, wann:

Mitglieds-Nr.

Wer hat die Diagnose gestellt:
(Arzt/-in, Fachrichtung, Klinik, Stadt, Land)
Bei wem sind Sie in Behandlung:
(Arzt/-in, Fachrichtung, Klinik, Stadt, Land) Zufrieden? ja nein
Bei wem sind Sie in Behandlung:
(Arzt/-in, Fachrichtung, Klinik, Stadt, Land) Zufrieden? ja nein

Partner-Nachname** Vorname**
Geschlecht** m / w / w Geb.-Datum** Beruf
Tel. Handy E-Mail*
Dysautonomie** ja nein Wenn ja, welche:

Minderjährige Kinder, die in die Mitgliedschaft der Eltern eingeschlossen werden sollen? ja nein

Name* Vorname* Geb.-Datum* Dysautonomie* ja nein
Name* Vorname* Geb.-Datum* Dysautonomie* ja nein

- Einzelmitglied – 30 €/Jahr.** Einzelmitglied und minderjährige Kinder
- Familienmitgliedschaft – 50 € / Jahr.** Beide (Ehe-)Partner und minderjährige Kinder.
- Einzelmitglied ermäßigt – 15 € / Jahr.** Mit jährlich einzureichendem Nachweis. S. Beitragsordnung.
- Familienmitgliedschaft ermäßigt – 25 € / Jahr.** Mit jährlich einzureichendem Nachweis. S. Beitragsordnung.
- Förderer** – selbst gewählter Jahresbeitrag von mind. 15 €.
Förderer kann jede volljährige natürliche oder juristische Person werden. Förderer erlangen keinen Mitgliederstatus.
Mein persönlicher Förderbeitrag beträgt€ (*mind. 15 € / Jahr*).

Der Beitrag im ersten Jahr wird nur anteilig für volle Monate berechnet und in der Bestätigung der Aufnahme mitgeteilt.
Bitte keine Überweisung vor dem Erhalt der Bestätigung tätigen

Datum / Unterschrift/en

des/der Beitretenden oder des/der gesetzlichen Vertreter/s **X**

Als Zahlungsweise für den jährlichen Beitrag wähle/n ich/wir:

- Einzelüberweisung
 - ein Dauerauftrag wurde von mir/uns eingerichtet.
- (Der Jahresbeitrag ist im **ersten Quartal** fällig, bei Eintritt im laufenden Jahr innerhalb von vier Wochen nach Bestätigung der Aufnahme)

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung:

Meine Daten dürfen **innerhalb** des Vereins an Betroffene, Berater und Ärzte weitergegeben werden. ja nein

Datenschutzerklärung: POTS und andere Dysautonomien e.V. darf meine Daten für vereinsinterne Zwecke elektronisch speichern, weiterleiten und verarbeiten. Ohne dieses Einverständnis kann keine Mitgliedschaft in „POTS und andere Dysautonomien e.V.“ begründet werden.

Datum / Unterschrift/en

des/der Beitretenden oder des/der gesetzlichen Vertreter/s **X**