**A**

**U F N A H M E A N T R A G**

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

Mitglieds-Nr.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

andere Dysautonomie\* [ ] ja [ ]  nein Welche(n): .….*………………………………………………………*

Bestätigte Diagnose\* [ ] ja [ ]  nein Wenn ja, wann: *…*…………*………………………………………*

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 am** *………………………*

**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 am** *………………………*

****

POTS und andere Dysautonomien e.V.

c/o Elena de Moya Rubio

Alleestr. 65b

44793 Bochum (Deutschland)

Tel: +49 15678 100 003

hello@POTS-dysautonomia.net

[www.POTS-dysautonomia.net](http://www.POTS-dysautonomia.net)

[www.facebook.com/Dysautonomien](http://www.facebook.com/Dysautonomien/)

[www.instagram.com/Dysautonomien](http://www.instagram.com/Dysautonomien/)

[www.twitter.com/POTSDys](https://twitter.com/POTSDys)

[www.youtube.com/@Dysautonomien](http://www.youtube.com/%40Dysautonomien)

VR Bochum 4912

Vorstand

Elena C. de Moya Rubio, Vorsitzende

Inge Baader, stellv. Vorsitzende

Sven Musolff, Schatzmeister

Med. / wiss. Beirat

[www.POTS-Dysautonomia.net/medizinischer-beirat](http://www.POTS-Dysautonomia.net/medizinischer-beirat)

Spenden

Volksbank Bochum Witten eG

IBAN: DE54 4306 0129 0108 4710 00

SWIFT-BIC: GENODEM1BOC

Verwendungszweck: Spende - „NAME und ADRESSE“

(Ihre Kontaktdaten sind notwendig für die Bescheinigung von Spenden >300€)

POTS und andere Dysautonomien e.V.

c/o Elena de Moya Rubio

Alleestr. 65b

44793 Bochum

Deutschland

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_.\_\_\_\_.202\_

**Mein Aufnahmeantrag**