

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 Selbsthilfegruppen und -vereine  
(Bitte in Druckschrift ausfüllen)

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

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

**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 150,- Euro.**

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

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

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

**Gerne möchten wir Sie 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 Bundesverband Skoliose-Selbsthilfe e. V. sowie die dortige Speicherung und Verarbeitung zum Zwecke der Kontaktaufnahme mit mir zu. Meine Einwilligung kann ich jederzeit gegenüber der Geschäftsstelle des Bundesverband Skoliose-Selbsthilfe e. V. widerrufen.

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

# Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandates

Gläubiger-Identifikationsnummer DE79ZZZ00000995416

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

## Einzugsermächtigung

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 darauf folgenden Bankarbeitstag. Bei einem unterjährigen Eintritt erfolgt für den erstmaligen Einzug eine separate Benachrichtigung.

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Bundesverband Skoliose-Selbsthilfe e. V., 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.

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

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

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

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

IBAN (International Bank Account Number)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift des Kontoinhabers