



BEITRITTSERKLÄRUNG

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
 Straße, Haus-Nr. _____ Beruf _____
 PLZ, Wohnort _____ Telefon (Fax) _____
 Krankenkasse _____
 E-Mail-Adresse _____

Haben Sie ein rheumakrankes Kind? ja nein

Name des Kindes _____ Geburtsdatum _____

Ist Ihr Ehegatte/Partner Mitglied der Rheuma-Liga? ja nein

Wenn ja, Name des Partners _____

Welche rheumatische Erkrankung liegt bei Ihnen vor?

- Arthrose rheumatoide Arthritis Morbus Bechterew Vaskulitis
 Wirbelsäulenerkrankung Lupus Erythematodes Fibromyalgie Sonstige:

Hiermit beantrage ich meine Mitgliedschaft bei der Deutschen Rheuma Liga, LV Hamburg e. V.

- Jahresbeitrag für Mitglieder in Höhe von 45,00 €
 Eintritt : Jan - April 45,00,- Mai - August 30,00,- ab September 15,00,-
 Jahresbeitrag für den Ehegatten/Partner (bei gleichzeitiger Mitgliedschaft) 22,50 €
 Jahresbeitrag **Fördermitglied** in Höhe von€
 (bitte den von Ihnen gewählten Betrag einsetzen, mindestens 45 €)

Ich bin damit einverstanden, dass der Jahresbeitrag per SEPA-Lastschriftmandat von meinem Konto abgebucht wird. (SEPA-Lastschriftmandat/Einzugsermächtigung auf der Rückseite – *bitte auch ausfüllen*).

Der Beitrag für das laufende Jahr wird nach Eingang der Mitgliedsbestätigung eingezogen. Der Beitrag für die Folgejahre wird bis spätestens 31.03. eines jeden Jahres eingezogen.
 Mit einer Erfassung der Daten über EDV bin ich einverstanden. Die Daten werden nur für interne Vereinszwecke verwendet! Die zurzeit gültige Satzung und oben genannte Bedingungen habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Jahresende möglich, wenn die Kündigung schriftlich bis spätestens zum 30.09 des Jahres gegenüber der Rheuma-Liga, LV Hamburg e.V. erklärt wird.

_____ Datum
 _____ Unterschrift

DEUTSCHE RHEUMA-LIGA LANDESVERBAND HAMBURG e.V.
Klinikum Eilbek - Haus 8, Dehnhaide 120, 22081 HAMBURG

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE39ZZZ00000016339**

Mandatsreferenz: _____ (Mitgliedsnummer)
(wird nach Beitritt eingesetzt)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige / Wir ermächtigen*) die Deutsche Rheuma-Liga Landesverband Hamburg e.V., Zahlungen von meinem / unserem*) Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich / weisen wir*) mein / unser*) Kreditinstitut an, die von der Deutschen Rheuma-Liga Landesverband Hamburg e.V. auf mein / unser*) Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können*) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem*) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

*) Nichtzutreffendes bitte streichen

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut Name

BIC

IBAN DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _

Ort, Datum /  Unterschrift