



An  
DSCM e.V.  
Geschäftsstelle  
Jean-Paul-Straße 9  
95615 Marktredwitz

Stand 07.2019

Beitrittserklärung: Deutsche Syringomyelie und Chiari Malformation e.V.  
(Bitte ausfüllen, ausdrucken, **unterschreiben** und per Post an obige Adresse senden)

Ich bin	<input type="checkbox"/> Betroffene/r <input type="checkbox"/> Kind betroffen <input type="checkbox"/> Angehörige/r <input type="checkbox"/> Förderer
Anrede - Titel	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Doktor
Vorname-Nachname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Straße – Nr.	<input type="text"/> - <input type="text"/>
PLZ - Ort	<input type="text"/> - <input type="text"/>
Telefon - Handy	<input type="text"/> Handy <input type="text"/>
E-Mail Adresse	<input type="text"/> @ <input type="text"/>
Bundesland	<input type="text"/> oder Land <input type="text"/>
Mein jährlicher Beitrag	<input type="checkbox"/> 40.-€ Mitglied <input type="checkbox"/> 60.-€ Familienmitgliedschaft (Betroffene/r, Angehörige/r und minderjähriges Kind) Auf der Seite 2 bitte weitere Informationen eintragen. <input type="checkbox"/> 60.-€ Fördermitglied
Ich gebe eine einmalige Spende	<input type="text"/> € Da Spenden nicht per Bankeinzug erfolgen dürfen, überweise ich den Beitrag auf das Konto (IBAN) DE48670800500797008000 (BIC) DRESDEFF670
Meinen Jahresbeitrag buchen Sie bitte ab	<input type="checkbox"/> Ja, von IBAN DE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> BIC <input type="text"/> Ich ermächtige / Wir ermächtigen den DSCM e.V. Zahlungen von diesem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich wird das Kreditinstitut angewiesen, die von dem DSCM e.V. auf das Konto bezogene Lastschriften einzulösen. <b>Hinweis:</b> Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. <input type="checkbox"/> Nein, ich überweise auf das Konto (IBAN) DE48670800500797008000 (BIC) DRESDEFF670 <b>Bei unterjährigem Beginn der Mitgliedschaft</b> <input type="checkbox"/> Ich zahle den Jahresbeitrag für das laufende Jahr in voller Höhe <input type="checkbox"/> Ich zahle den Jahresbeitrag für das laufende Jahr anteilmäßig

**Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des DSCM e.V. an.**

Ort - Datum	<input type="text"/>
Unterschrift	<input type="text"/>

Vorname-Nachname  
des Angehörigen

Betroffen?  Ja  Nein

Geburtsdatum  -  -

Vorname-Nachname  
des Kindes

Betroffen?  Ja  Nein

Geburtsdatum  -  -

Vorname-Nachname  
des Kindes

Betroffen?  Ja  Nein

Geburtsdatum  -  -

Vorname-Nachname  
des Kindes

Betroffen?  Ja  Nein

Geburtsdatum  -  -

Vorname-Nachname  
des Kindes

Betroffen?  Ja  Nein

Geburtsdatum  -  -

Wie wurden Sie auf  
uns aufmerksam ?

Ort - Datum

Unterschrift

**Wären Sie damit einverstanden,**  
dass der DSCM e.V. ihre  
Kommunikationsdaten  
an andere Mitglieder zum  
Zwecke des Erfahrungsaustauschs  
weitergibt?

- Nein, auf keinen Fall  
 Ja, meine Telefonnummer  
 Ja, meine E-Mail Adresse

Eine Zustimmung ist natürlich jederzeit  
widerrufbar und selbstverständlich werden Ihre  
Daten bei uns ansonsten absolut vertraulich  
behandelt.

Ort - Datum

Unterschrift

**Für weitere Bemerkungen:**