



Vereinssitz: DSCM e.V., Hofstraße 11, 41363 Jüchen, E-Mail: [info@dscm-ev.de](mailto:info@dscm-ev.de)

An  
DSCM e.V.  
Geschäftsstelle  
Jean Paul Straße 9  
95615 Marktrewitz

Stand 09.2018

**Beitrittserklärung** zur 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"/> Dr.
Ich bin als <b>Gast</b> im DSCM Forum angemeldet	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Vorname - Name	<input type="text"/> - <input type="text"/>
Straße - Nr.	<input type="text"/> <input type="text"/>
PLZ - Ort	<input type="text"/> - <input type="text"/>
Geburtstag	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Telefon - Handy	<input type="text"/> / <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 und Angehörige/r) <input type="checkbox"/> 60.-€ Fördermitglied <input type="checkbox"/> <input type="text"/> € (hier können Sie auch einen höheren Jahresbeitrag eintragen)
Ich gebe eine einmalige Spende von	<input type="text"/> € Da Spenden nicht per Bankeinzug erfolgen dürfen, überweise ich den Betrag auf das Konto (IBAN) <b>DE 48 6708 0050 0797 0080 00 (BIC) DRESDEFF670</b>
Meinen Jahresbeitrag buchen Sie bitte ab	<input type="checkbox"/> Ja, von <b>IBAN</b> DE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>BIC</b> <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 der 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 die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. <input type="checkbox"/> Nein, ich überweise auf IBAN <b>DE 48 6708 0050 0797 0080 00 BIC DRESDEFF670</b> <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 Beitrag fürs laufende Jahr anteilmäßig.

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

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

Wir würden gern noch mehr von Ihnen erfahren.....aber nur, wenn Sie möchten

Erlerner Beruf	<input type="text"/>
Letzte bzw. jetzige	<input type="text"/>
Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Rente <input type="checkbox"/> Teilrente <input type="checkbox"/> EU-Rente
Bin betroffen von	<input type="checkbox"/> Syringomyelie <input type="checkbox"/> Chiari Malformation <input type="checkbox"/> nicht selbst betroffen
Behindertengrad (GdB)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein    Pflegegrad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
„chronisch krank“ bei der KK gemeldet	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Behandelnde Ärzte und Kliniken	<input type="text"/>
Was erwarten bzw. erhoffen Sie sich vom DSCM e.V.?	<input type="text"/>
Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?	<input type="text"/>

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

<p><b>Wären Sie damit einverstanden, dass der DSCM e.V. Ihre <u>Kommunikationsdaten</u> an andere Mitglieder zum Zwecke des Erfahrungsaustauschs weitergibt?</b></p>	<input type="checkbox"/> <b>Nein, auf gar keinen Fall</b> <input type="checkbox"/> Ja, meine Telefonnummer <input type="checkbox"/> Ja, meine E-Mail-Adresse	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Eine Zustimmung ist natürlich jederzeit widerrufbar und selbstverständlich werden Ihre Daten bei uns ansonsten absolut vertraulich behandelt.</p> </div>
Ort - Datum	<input type="text"/> - <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	
<b>Unterschrift</b>	<input type="text"/>	