

Poststraße 9  
64293 Darmstadt  
Tel. 06151-66 79 727  
Fax: 06151-66 79 728

**An den**

**Borreliose und FSME Bund Deutschland e.V.**

**Geschäftsführung**

Iwona Janz

Poststraße 9

64293 Darmstadt

## **Mitgliedsantrag**

***Bitte ausfüllen, ausdrucken, unterschreiben und an die Geschäftsstelle schicken***

Ich beantrage die Mitgliedschaft im Borreliose und FSME Bund Deutschland e.V. Ich erwerbe damit das Recht, bevorzugt auch außerhalb der Beratungszeiten telefonisch oder per E-Mail beraten zu werden und erhalte jährlich zwei Ausgaben der Zeitschrift BORRELIOSE WISSEN aktuell kostenlos (ohne Zeitschrift als Fördermitgliedschaft). Die Mitgliedschaft wird erworben durch Aushändigung des Mitgliedsscheins. Der von der Mitgliederversammlung festgelegte Mitgliedsbeitrag beträgt

- Pro Jahr 60,00 €
- Der Beitrag für Bedürftige wird auf Nachweis (bitte beifügen) auf 30,00 € ermäßigt
- Der Beitrag für eine Partnermitgliedschaft beträgt jeweils 40,00 €
- Der Beitrag für eine Fördermitgliedschaft beträgt 20,00 €

Die Beitragszahlung erfolgt aus rationellen Gründen einmal jährlich im Februar durch Bankeinzug. Für das laufende Jahr kann eine Erstabbuchung jederzeit erfolgen.

Der Verein verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Ziele und Zwecke. Beiträge und Spenden sind von der Steuer absetzbar. Auf Wunsch wird eine Zuwendungsbestätigung ausgestellt. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zu jeder Zeit. Die Einzugsermächtigung kann jederzeit widerrufen werden.

Der Verein erhebt von seinen Mitgliedern die personenbezogenen Daten, die zur Pflege und Verwaltung der Mitgliedschaft bzw. zur Gestaltung eventueller Funktionen im Verein erforderlich sind. Alle Mitgliederdaten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben, es sei denn für den Versand der Zeitschrift an den damit betrauten Dienstleister. Die Mitgliederdaten werden gespeichert, solange der Betroffene Mitglied ist. Daten zur Zahlung des Mitgliedsbeitrags werden 10 Jahre gespeichert.

# Mitgliedsantrag

Borreliose und FSME Bund Deutschland e.V.

- Hiermit beantrage ich
- eine Normalmitgliedschaft
  - eine Partnermitgliedschaft
  - eine ermäßigte Mitgliedschaft
  - eine Fördermitgliedschaft

Mitglied	Vorname*	<input type="text"/>	Nachname*	<input type="text"/>
Partner/ Partnerin	Vorname*	<input type="text"/>	Nachname*	<input type="text"/>
Anschrift	Straße*	<input type="text"/>	Hausnummer*	<input type="text"/>
	PLZ*	<input type="text"/>	Ort*	<input type="text"/>
	Telefon	<input type="text"/>	E-Mail *	<input type="text"/>
	Beitrag*	bitte entsprechend eingeben, kann freiwillig auch erhöht werden <input type="text"/>		

**Ja, ich bin damit einverstanden, den Newsletter und andere Vereinskommunikationen wie z.B. Einladungen zu Mitgliederversammlungen mit Tagesordnung per E-Mail zu erhalten (bitte ankreuzen). Ich kann diese Erklärung jederzeit ändern bzw. widerrufen.**

## SEPA-Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige den Borreliose und FSME Bund Deutschland e.V. (BFBD), Zahlungen mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BFBD auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Mit ist bekannt, dass ich innerhalb von acht Wochen ab dem Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrages verlangen kann. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Bank	IBAN	<input type="text"/>	Kontoinhaber	<input type="text"/>
	BIC	<input type="text"/>		

## Sonstige freiwillige Angaben\*\*

Beruf – Tätigkeit	<input type="text"/>	Sprachen	<input type="text"/>
bereits politisch oder ehrenamtlich tätig?	<input type="text"/>	Gesundheitspolitisches Interesse?	<input type="text"/>

Unterschrift Mitglied

ggf. Unterschrift Partner

-----

Datum .....

\*\* Mit Ihren Angaben signalisieren Sie, dass Sie sich persönlich einbringen wollen. Selbstverständlich werden diese Angaben besonders unter Verschluss gehalten und nicht ohne Ihre Einwilligung nach außen gegeben.