

An den
Borreliose und FSME Bund Deutschland e.V.
Geschäftsstelle
Max-Fischer-Str. 11 C
86399 Bobingen

Mitgliedsantrag

Bitte ausdrucken, ausfüllen, unterschreiben und im Original an die Geschäftsstelle senden

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

- Pro Jahr 60,00 €
- für Bedürftige auf Nachweis (bitte beifügen) 30,00 € ermäßigt
- für eine Partnermitgliedschaft jeweils 40,00 €
- für eine Fördermitgliedschaft 200,00 €

Die Beitragszahlung erfolgt aus rationellen Gründen einmal jährlich in der Regel 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.

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*

Nachname*

Partner/
Partnerin

Vorname*

Nachname*

Anschrift

Straße*

Hausnummer*

PLZ*

Ort*

Telefon

E-Mail *

Beitrag*

bitte entsprechend angeben,
kann freiwillig auch erhöht werden

☐

Ja, ich bin damit einverstanden, den Newsletter und andere Vereinsmitteilungen 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

Kontoinhaber

BIC

IBAN

Sonstige freiwillige Angaben**

Beruf – Tätigkeit

Sprachen

bereits politisch oder
ehrenamtlich tätig?

Gesundheitspo-
litisches Interesse?

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.