



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

(wird vom DSCM e. V. ausgefüllt)  
Mitgliedsnummer:

## Beitrittserklärung

(Bitte ausfüllen, ausdrucken, **unterschreiben** und per Post an o. g. Adresse senden.)

Ich bin	Betroffene/r	Kind betroffen	Angehöriger	Förderer
Anrede:	Frau	Herr	Divers	Titel:
Vorname:		Nachname:		
Straße, Nr.:		PLZ:	Ort:	
Telefon:		Mobil:	E-Mail:	
Bundesland:		oder Land:		
Geburtsdatum:				

~~ÄÄÄ~~ ~~ÄÄÄ~~ Der jährliche Mindestbeitrag für Mitglieder beträgt 50,00 EUR.

~~ÄÄÄ~~ ~~ÄÄÄ~~ Der jährliche Mindestbeitrag für die Familienmitgliedschaft beträgt 80,00 EUR.\*

~~ÄÄÄ~~ **Achtung: Im Falle einer Familienmitgliedschaft bitte unbedingt die Felder auf Seite 2 ausfüllen.**

~~ÄÄÄ~~ ~~ÄÄÄ~~ Der jährliche Mindestbeitrag für Partnermitgliedschaft beträgt 70,00 EUR.\*\*

~~ÄÄÄ~~ ~~ÄÄÄ~~ Der jährliche Mindestbeitrag für Fördermitglieder beträgt 45,00 EUR.

Betroffene Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre sind von der Beitragszahlung befreit.

Kinder über 18 Jahre bleiben beitragsfrei, wenn sie eine unentgeltliche Ausbildung nachweisen.

\* Familienmitgliedschaft = 2 Erwachsene + 1 Kind; jedes weitere Kind zahlt 5,00 EUR

\*\*Partnermitgliedschaft: 2 Erwachsene ohne Kind oder 2 Erwachsene mit betroffenem Kind

Es steht jedem Mitglied frei, auch einen höheren Beitrag zu zahlen.

Bedürftige Mitglieder können sich auf begründeten Antrag bei ihrem Sozialleistungsträger auf Übernahme des Mitgliedsbeitrages erkundigen.



**\* Angehöriger/Kind:**

Vorname: Nachname: Geburtsdatum:  
Betroffen? Ja Nein

**Angehöriger/Kind:**

Vorname: Nachname: Geburtsdatum:  
Betroffen? Ja Nein

**Angehöriger/Kind:**

Vorname: Nachname: Geburtsdatum:  
Betroffen? Ja Nein

Bei weiteren Angehörigen bitte die Beitrittserklärung kopieren und die Personen eintragen.

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Wären Sie damit einverstanden, dass der DSCM e. V. Ihre Kommunikationsdaten zum Zweck des Erfahrungsaustausches an andere Mitglieder weitergibt?  
(Eine Zustimmung ist natürlich jederzeit widerrufbar und selbstverständlich werden Ihre Daten bei uns ansonsten absolut vertraulich behandelt.)

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

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

Ort

Datum

Unterschrift

Diese Daten werden nur für die Mitgliederverwaltung erhoben, gespeichert und genutzt. (§28 BDSG)



## Verschwiegenheit

Alles, was hier besprochen wird bleibt in der Gruppe!

Wir, die Selbsthilfegruppen des [DSCM e.V. Deutsche Syringomyelie und Chiari Malformation e.V.](#) tauschen regelmäßig unsere Erfahrungen, Erlebnisse, Belastungen aber auch unsere Erfolgserlebnisse und Freuden aus.

Wir sprechen über sehr persönliche Dinge und möchten einander vertrauen. In diesem geschützten Rahmen möchten wir frei reden können, mit der Sicherheit, dass alles, was wir miteinander besprechen von den Teilnehmern diskret behandelt wird.

Deshalb verpflichten wir uns an dieser Stelle verbindlich, sowohl über die Personennamen, als auch über die hier gehörten und besprochenen Dinge Stillschweigen gegenüber Außenstehenden zu bewahren. Alles, was in der Gruppe besprochen wird, bleibt auch in der Gruppe.

Dies nehme ich hiermit zur Kenntnis und verpflichte mich diese Regel zu respektieren.

Ich verpflichte mich keine persönlichen Daten an Außenstehende weiterzugeben.

Name:

.....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Mitgliedes

# Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

**Anschrift des Zahlungsempfängers**

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Gläubiger-Identifikationsnummer:

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

**SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen 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.

**Zahlungsart:**

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

BIC (8 oder 11 Stellen):

Ort:

Datum (TT/MM/JJJJ):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):