

Antrag auf Mitgliedschaft

in der Deutschen Gesellschaft für
Osteogenesis imperfecta (Glasknochen) Betroffene e.V.

An die
Deutsche Gesellschaft
für Osteogenesis imperfecta Betroffene e.V.
Postfach 11 19 08
20419 Hamburg

Ich möchte
 Einzelmitglied (ab 14 Jahre)
 Familienmitglied
 Fördermitglied
werden.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Handy: _____ E-Mail: _____

Beruf/Tätigkeit: _____ Bundesland: _____

Ich gehöre folgender Personengruppe an: Betroffene Angehörige beruflich mit OI befasst/sonstige

Außer mir beantragen folgende Familienmitglieder die Mitgliedschaft:

Name	Vorname	Geburtsdatum	Familienstand	Betroffene(r)	Angehörige(r)	(keine OI)
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jährlicher Mitgliedsbeitrag: Einzelmitglied: EUR 50,- Familienmitglied: EUR 25,-
Fördermitglied: EUR _____ reduzierter Mitgliedsbeitrag: EUR 25,-
(nur mit Nachweis)

Die Höhe des Mitgliedsbeitrags für Fördermitglieder liegt in deren eigenem Ermessen, muss jedoch mindestens EUR 50,00 betragen. Einzelheiten über die Ausgestaltung der Fördermitgliedschaft können gesondert vereinbart werden.

Familienmitglied kann nur werden, wer mit einem Einzelmitglied in gerader Linie verwandt ist, zum Haushalt des Hauptmitglieds zählt und dessen Beitrag vom Konto des Hauptmitglieds abgebucht wird. Kinder bis zum 14. Lebensjahr sind beitragsfrei. Die Mitgliedschaft in der DOIG beinhaltet die beitragsfreie Mitgliedschaft im regional zuständigen Landesverband.

Eine Kündigung kann jeweils zum Jahresende erfolgen. Diese muss schriftlich bis zum 30.09. der Beratungsstelle der Deutschen Gesellschaft für Osteogenesis imperfecta (Glasknochen) Betroffene e. V. vorliegen.

Beim Eintritt im 4. Quartal (ab 1.Okt.) wird der Mitgliedsbeitrag erstmals ab dem kommenden Jahr erhoben.

Datenverarbeitungsklausel: Die von Ihnen angegebenen Daten werden ausschließlich zur vereinsinternen Arbeit elektronisch gespeichert und nicht an Nichtberechtigte weitergegeben.

Einzugsermächtigung:

Ort, Datum, Unterschrift für den Mitgliedsantrag

Hiermit ermächtige ich, die Deutsche Gesellschaft für Osteogenesis imperfecta (Glasknochen) Betroffene e. V. bis auf Widerruf, den Jahresbeitrag per Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

Ich wünsche eine jährliche Rechnung und überweise dann meinen Mitgliedsbeitrag. Mir ist bekannt, dass hierfür zusätzlich zum Mitgliedsbeitrag Kosten in Höhe von EUR 5,00 entstehen.

Name des Geldinstituts: _____ BLZ: _____

Kontonummer: _____

Ort, Datum, Unterschrift für die Einzugsermächtigung