

Beitrittserklärung

Hiermit trete ich der „Turner-Syndrom-Vereinigung Deutschland e.V.“, bei und erkenne deren Satzung an.

Persönliche Daten

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Geboren: _____ Telefon/Fax/E-Mail: _____

Name der Betroffenen und Geb.-Dat.: _____ (falls nicht mit Mitglied identisch)

Beruf der Eltern und/oder Beruf der Betroffenen: _____

Mitgliedschaft und Mitgliedsbeiträge

- | | | |
|---|-----------|--------------|
| <input type="checkbox"/> unmittelbar (selbst betroffen) | 55,- € | |
| <input type="checkbox"/> mittelbar (siehe Satzung) | 65,- € | |
| <input type="checkbox"/> fördernd | 65,- € | |
| <input type="checkbox"/> freiwillige, zusätzliche Spende | + _____ € | |
| <input type="checkbox"/> Ich beantrage Beitragsermäßigung | - _____ € | weil _____ * |
| <input type="checkbox"/> Ich beantrage Beitragsbefreiung | | weil _____ * |

Der jährliche Gesamtbeitrag beträgt: _____ €

Zahlungsweise (bitte nur eine Möglichkeit ankreuzen)

- Mit der untenstehenden Unterschrift wird die **Einzugsermächtigung** für die Abbuchung des Gesamtbeitrages bis auf Widerruf (zum 31.1. jeden Jahres) vom unten genannten Konto erteilt.
- Der Beitrag wird selbst **per Dauerauftrag** auf das Vereinskonto überwiesen:
- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> jährlich
<small>(zum 31.1. d.J.)</small> | <input type="checkbox"/> halbjährlich
<small>(zum 31.1., 31.7.d.J.)</small> | <input type="checkbox"/> vierteljährlich
<small>(zum 31.1., 30.4., 31.7., 31.10.d.J.)</small> | <input type="checkbox"/> monatlich
<small>(zum jeden 1. des Monats)</small> |
|--|--|--|--|

Bankverbindung

Kontoinhaber: _____

Bankname: _____ Ort: _____

Kontonummer: _____ Bankleitzahl: _____

Datenschutz

Meine Adresse darf weitergegeben werden

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> geschäftsführend
<small>(nur Geschäftsstelle und Vorstand)</small> | <input type="checkbox"/> intern
<small>(nur an Mitglieder/Regionalgruppen)</small> | <input type="checkbox"/> extern
<small>(an alle Kontaktsuchenden)</small> |
|--|---|--|

Datum, Ort und Unterschrift des Mitgliedes
(für Minderjährige freiwillig)

Unterschrift des Kontoinhabers
(falls nicht mit Mitglied identisch)

Name und Unterschrift eines Erziehungsberechtigten
(bei minderjährigem Mitglied)

Bitte zusenden an: Turner-Syndrom-Vereinigung Deutschland e.V., Ringstraße 18, 53809 Ruppichteroth

* Beitragsermäßigung oder -befreiung wird für SchülerInnen, Auszubildende, StudentInnen oder bei sonstigen geringen Einkünften genehmigt.