

Beitrittserklärung

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

Persönliche Daten

Name, Vorname: _____
Strasse: _____
PLZ, Ort: _____
Geburtsdatum: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____

Falls vom Antragsteller abweichend:

Name, Vorname der Betroffenen: _____
Geburtsdatum: _____

Jahresbeitrag

- | | |
|---|-----------|
| <input type="checkbox"/> unmittelbar vom UTS betroffen: | 55,00 € |
| <input type="checkbox"/> zusätzlicher Beitrag für Ehe-/Lebenspartner | 20,00 € |
| <input type="checkbox"/> mittelbar vom UTS betroffen (siehe Satzung): | 65,00 € |
| <input type="checkbox"/> Fördermitgliedschaft: | 65,00 € |
| <input type="checkbox"/> freiwillige, zusätzliche Spende: | + _____ € |
| <input type="checkbox"/> ermäßigter Beitrag*: | 35,00 € |
| <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung * | |

* Eine Beitragsermäßigung oder –befreiung wird für SchülerInnen, Auszubildende, StudentInnen oder bei sonstigen geringen Einkünften genehmigt. Ein entsprechender Nachweis ist dieser Beitrittserklärung beizufügen.

Zahlungsweise

- Mit der untenstehenden Unterschrift wird die Einzugsermächtigung für die Abbuchung des **Gesamtjahresbeitrages in Höhe von _____ €** bis auf Widerruf (zum 31.01. jeden Jahres) vom unten genannten Konto erteilt.
- Der **Gesamtjahresbeitrag in Höhe von _____ €** wird selbst per Dauerauftrag auf das Vereinskonto überwiesen:
- jährlich (zum 31.01. eines Jahres)
 - halbjährlich (zum 31.01. und 31.07. eines Jahres)
 - vierteljährlich (zum 31.01., 30.04., 31.07. und 31.10. eines Jahres)
 - monatlich (zum 01. eines Monats)

Beitrittserklärung

SEPA-Lastschriftenmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE06UTS00000709416

Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

Ich ermächtige die Turner-Syndrom-Vereinigung Deutschland e.V., meinen Mitglieds-/Spendenbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Turner-Syndrom-Vereinigung Deutschland e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

_____	_____
Bank	Kontoinhaber
_____	_____
BIC	IBAN
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift des Kontoinhabers

Die Mitgliedschaft beginnt zum 01. des Folgemonats.

Datenschutz

Meine Adresse darf weitergegeben werden

- Vorstand
- intern an Mitglieder und Regionalgruppen
- extern an alle Kontaktsuchenden

_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift des Mitgliedes oder des gesetzlichen Vertreters

Bitte zusenden an:

Turner-Syndrom-Vereinigung Deutschland e.V.
c/o Sandra Reiß
Schumannstrasse 38
60325 Frankfurt