



Aufnahmeantrag für Mitglieder¹

Hiermit beantrage ich für mich/uns/unsere Institution/unseren Verein/unser Unternehmen die Mitgliedschaft im gemeinnützigen Verein Netzwerk Cerebralparese e.V.:

Name: _____

Vorname: _____

Institution/Unternehmen/Verein²: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Tel. privat: _____

Tel. dienstlich: _____

Tel. mobil: _____

Fax: _____

eMail³: _____

Website: _____

Beantragte Mitgliedschaft⁴:

- als ordentliches Mitglied (i.d.R. Patienten, Angehörige)⁵, Jahresbeitrag 50 €
- als ordentliches Mitglied, (Ärzte, Therapeuten, Techniker...)⁶, Jahresbeitrag 60 €
- als korporatives Mitglied, juristische Person, bis 10 Mitarbeiter, Jahresbeitrag 200 €
- als korporatives Mitglied, juristische Person, 11 bis 100 Mitarbeiter, Jahresbeitrag 500 €
- als korporatives Mitglied, juristische Person, ab 101 Mitarbeiter, Jahresbeitrag 1.000 €
- Unsere Institution/unser Verein/unser Unternehmen soll auf der Website des Netzwerk Cerebralparese. e.V. als korporatives Mitglied genannt werden

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE25ZZZ00001424352**

Mandatsreferenz: **WIRD SEPARAT MITGETEILT**

1 auch wenn in diesem Dokument nur die männlichen Bezeichnungen benutzt werden ist auch gleichfalls für die weibliche Form gemeint.

2 nur für juristische Personen

3 Angabe erforderlich, Einladungen zu Mitgliederversammlungen, Aussendung von Informationsschreiben erfolgen ausschließlich per eMail

4 Jahresbeiträge, Leistungen und Bestimmungen: Zutreffendes bitte ankreuzen:

5 Bedingungen siehe Satzung (i.d.R. Patienten bzw. Angehörige)

6 Bedingungen siehe Satzung (z.B. Interessierte, Ärzte, Therapeuten, Hilfsmitteltechniker usw.)

Netzwerk Cerebralparese e.V. • Verein zur Förderung vernetzter CP-Versorgung
Vereinsregister Nr. 22695 beim AG Hamburg • Geschäftsstelle: Lütgendortmunder Str. 153 • 44388 Dortmund
Telefon: 0231 / 96765273 • E-Mail: info@netzwerk-cerebralparese.de • Internet: www.netzwerk-cerebralparese.de
Bankverbindung: IBAN: DE63 4015 4530 0037 2767 97 • BIC: WELADE3WXXX
Vorsitzender: Dr. med. Carsten Wurst • Schatzmeister: Peter Fröhlingdorf Schriftführer: Dr. Björn Vehse • Beisitzer:
Dr. Daniel Herz

Ich/Wir ermächtige den Netzwerk Cerebralparese e.V., den Mitgliedsbeitrag (s.o.) einmal jährlich (bei Aufnahme bzw. in den Folgejahren am 15. Januar des jeweiligen Jahres) von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein Kreditinstitut an, die von dem Netzwerk Cerebralparese e.V. auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber: _____

Anschrift: _____

IBAN: _____

Kreditinstitut: _____
(Name und BIC)

Ort, Datum

Unterschrift der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers

Über geleistete Beitragszahlungen und Spenden erhält jedes Mitglied einmal jährlich nach Ablauf des Kalenderjahres eine Zuwendungsbestätigung.

Für die Mitgliedschaft gelten die Satzung und die Ordnungen des Vereins. Diese erkenne ich mit meiner Unterschrift auf diesem Aufnahmeantrag an.

Jedes Mitglied erklärt sich mit dem Aufnahmeantrag damit einverstanden, dass der Verein die gemachten Angaben im Rahmen der Mitgliederverwaltung unter Beachtung des BDSG für vereinsorganisatorische Zwecke speichert und sie ausschließlich für vereinsinterne Zwecke verwendet.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers
Bei Jugendlichen unter 18 Jahren die gesetzliche Vertreterin/der gesetzliche Verteter

Interne Vermerke des Vereins:

Aufgenommen am: _____

Mitglieds-Nummer: _____