

Beitrittserklärung

zur "Selbsthilfegemeinschaft Medizingeschädigter -Patient im Mittelpunkt- e.V."

als aktives als passives

Fördermitglied

mit aktivem, jedoch ohne passivem^{*)} Wahlrecht

Der Mindest-Mitgliedsbeitrag beträgt im Jahr
für aktive, ehrenamtlich mitarbeitende Fördermitglieder 10,- €
für passive Fördermitglieder mindestens 40,- € im Jahr

Mein Beitrag: _____ € / Jahr

Für Beiträge größer 100 € je Jahr besteht Anspruch
auf eine **Zuwendungsbestätigung** gemäß § 51 der Abgabenordnung



Maxfeldstraße 9
90409 Nürnberg
Tel.: 0911 4746528 / 0160 5526507
Fax: 0911 36682491
E-Mail: buero@sgmev.de
Internet: www.sgmev.de

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Tel.-Nr.: _____ Handy Nr.: _____ Fax Nr.: _____

Beruf / Funktion: _____ E-Mail: _____

Einwilligung zur Datenspeicherung + Erklärung der Fördermitgliedschaft

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in die Selbsthilfegemeinschaft Medizingeschädigter –Patient im Mittelpunkt- e.V. als Fördermitglied und willige zugleich ein, dass diese die oben angegebenen Daten zur Verwaltung meiner Vereinsmitgliedschaft und zum Erreichen des Vereinszweckes speichert bzw. elektronisch verarbeitet. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. In der Vereinsgeschäftsstelle kann ich jederzeit Auskunft über meine gespeicherten Daten und deren Verarbeitung erhalten sowie die Berichtigung meiner unrichtigen personenbezogenen Daten oder die Löschung verlangen. Außerdem ist es mir möglich, Widerspruch gegen die Verarbeitung meiner Daten einzulegen und die Einschränkung der Datenverarbeitung zu verlangen, sofern meine Daten aufgrund gesetzlicher Pflichten nicht gelöscht werden dürfen.

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____ 

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die Selbsthilfegemeinschaft Medizingeschädigter -Patient im Mittelpunkt- e.V. widerruflich, meine Beitragszahlungen zu Lasten des unten genannten Girokontos mittels SEPA-Lastschriftmandat einzuziehen. Weist mein Konto nicht die erforderliche Deckung auf, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Kontoinhaber und Bankverbindung:

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Geldinstitut: _____ BIC: _____ IBAN: _____

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____ 

Bitte ausgefüllt und möglichst mit zwei Unterschriften versehen per Fax (0911 36682491) oder per Post zurücksenden an:

Selbsthilfegemeinschaft Medizingeschädigter
-Patient im Mittelpunkt- e.V.
Maxfeldstraße 9
90409 Nürnberg

***) Warum kein passives Wahlrecht für Fördermitglieder**

Die Satzung unserer Selbsthilfegemeinschaft Medizingeschädigter enthält gemäß §10 Absatz 2 folgende Regelung: „In den Vorstand kann nur gewählt werden, wer unmittelbar selbst oder mittelbar Opfer medizinischer Fehlbehandlungen, bzw. Opfer medizinischer Gutachter geworden ist. Mittelbar betroffen sind Mitglieder deren nahe Angehörige oder gesetzlich zu vertretende Personen geschädigt sind.“

Die Selbsthilfegemeinschaft Medizingeschädigter möchte dadurch sicherstellen, dass ihre Vorstandsmitglieder ohne berufsbedingt kommerzielle Interessen und als Experten in eigener Betroffenheit die Belange medizingeschädigter Menschen verständnisvoll vertreten.

Nicht geschädigte, juristisch oder medizinisch bzw. therapeutisch tätige Personen sind uns als beratende Fördermitglieder in unserem Wissenschaftlichen Beirat herzlich willkommen