

Beitrittserklärung

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

als mittelbar oder unmittelbar medizingeschädigtes

Einzelmitglied

Familienmitglied

Der Mitgliedsbeitrag beträgt im Jahr
für Einzelmitglieder

40,- €

oder mehr

für Familienmitglieder

60,- €

oder mehr

Mein Beitrag: _____ € / Jahr

Für Beiträge größer 100 € je Jahr stellt die SGM
eine **Zuwendungsbestätigung** gemäß § 51 Abgabenordnung aus



Selbsthilfegemeinschaft
Medizingeschädigter e.V.

Maxfeldstraße 9

90409 Nürnberg

Tel.: 0911 4746528 / 0160 5526507

Fax: 0911 36682491

E-Mail: buero@sgmev.de

Internet: www.sgmev.de

Geschädigt?



Name: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

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

Beruf / Funktion: _____ E-Mail: _____

Familienmitglieder bitte auf der Rückseite eintragen (d.h. Ehepartner und Kinder bis zum 16. Lebensjahr)

Einwilligung zur Datenspeicherung + Erklärung der Mitgliedschaft

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in die Selbsthilfegemeinschaft Medizingeschädigter –Patient im Mittelpunkt- e.V. als Einzelmitglied bzw. als Familienmitglied 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: _____

Spenden- und Vereinskonto:
Raiffeisenbank Deggendorf-Plattling-Sonnenwald eG
IBAN: DE30 7416 0025 0000 5245 22 • BIC: GENODEF1DEG
Steuernummer: 216/110/00178, gemeinnützig gemäß § 52 AO

Amtsgericht Nürnberg • Vereinsregister Nr.: 202252
Vertretungsberechtigte Vorstandsmitglieder sind Karl-Heinz Schlee,
Kerstin Gardill und Isabel Fazlija
Jeweils zwei Vorstandsmitglieder vertreten den Verein gemeinsam.

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

Bitte bei einer Familienmitgliedschaft Ehe-/Lebenspartner und/oder Kinder bis 18 Jahre hier eintragen.
Falls ein Familienmitglied medizinisch geschädigt ist, dies gegebenenfalls hier kennzeichnen

Geschädigt?



Name (Ehepartner/in / Partner/in): Vorname: Beruf (Angabe freiwillig) Geb. Datum:

1. Kind, Name : Vorname Geb. Datum:

2. Kind, Name : Vorname Geb. Datum

3. Kind, Name : Vorname Geb. Datum:

4. Kind, Name : Vorname Geb. Datum

**oder - falls medizingeschädigt -
andere, nahe Verwandte bzw. Person für die gerichtliche oder notarielle Betreuung besteht:**

Vater/Mutter, Geschwister, Person unter rechtlicher Betreuung des Hauptmitglieds

Name Vorname: Beruf (Angabe freiwillig) Geb. Datum:

Name Vorname: Beruf (Angabe freiwillig) Geb. Datum: