

Beitrittserklärung

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

als mittelbar oder unmittelbar medizingeschädigtes

Einzelmitglied

Familienmitglied

Der reguläre Mitgliedsbeitrag im Jahr beträgt mindestens:

für Einzelmitglieder 40,- €

für Familienmitglieder 60,- €

Bei Rechercheaufwand gilt ab Beitritt längstens 2 Jahre doppelter Beitragssatz,
bei nachgewiesener Bedürftigkeit gilt $\frac{1}{4}$ Beitragssatz

Mein Beitrag: _____ € / Jahr oder _____ € / Monat

für Mitgliedsbeiträge und Spenden größer 100 € je Jahr stellt die SGM

Zuwendungsbestätigungen gemäß § 51 der Abgabenordnung aus



Geschädigt?

Name: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Straße: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Tel.-Nr.: _____

Handy Nr.: _____

Fax Nr.: _____

Beruf / Funktion: _____

E-Mail: _____

Familienmitglieder/Betreute 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.

Zudem erkläre ich mich bereit, die SGM laufend über meine Rechtsverfolgungsbemühungen und deren Resultate zu informieren sowie die Regionalgruppenarbeit der Gemeinschaft mit persönlichem Erfahrungsaustausch aktiv zu unterstützen

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: _____

BIC: _____

IBAN: _____

Abbuchung: jährlich oder monatlich

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.

Stand: Oktober 2020

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

An die
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: