

# Aufnahmeantrag

inklusive SEPA-Mandat u. Datenschutzerklärung

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im MYOSITIS NETZ e.V.

Eintrittsdatum\*: \_\_\_\_\_ (bitte ab dem 01. eines jeden Monats)

Titel\* \_\_\_\_\_

Vorname\*: \_\_\_\_\_

Name\*: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum\*: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  w  m  d

Dienststelle: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.\*: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort\*: \_\_\_\_\_

Festnetz: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail\*: \_\_\_\_\_

Private Anschrift:

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Festnetz: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail\*: \_\_\_\_\_

\*Pflichtangaben

Welche Postadresse dürfen wir für Schriftwechsel und Rechnungen verwenden?

Dienstanschrift  private Anschrift (bitte nur eine Anschrift auswählen)

Angabe zu Ausbildung und Tätigkeit:

Arzt/Ärztin  Naturwissenschaftler/in  Student/in

Pharmazeut/in  Psycholog/in  Patientenvertreter/in

Sonstiges: \_\_\_\_\_

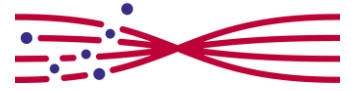
EFN-Nummer: \_\_\_\_\_ Landesärztekammer: \_\_\_\_\_

**Jahresbeitrag:** 20,00 €

Ich habe Kenntnis von der Satzung genommen und erkenne diese an. Die Satzung kann jederzeit auf der Homepage [www.myositis-netz.de](http://www.myositis-netz.de) abgerufen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des neuen Mitglieds



## SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich das MYOSITIS NETZ e.V. (Klinik für Neurologie, Universitätsmedizin Göttingen, Robert-Koch-Straße 40, 37075 Göttingen) den jährlichen Mitgliedsbeitrag von meinem nachfolgenden Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom MYOSITIS NETZ e.V. auf mein Konto eingezogenen 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.

Titel\* \_\_\_\_\_

Vorname\*: \_\_\_\_\_

Name\*: \_\_\_\_\_

Rechnungsanschrift:

Straße, Nr.\*: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort\*: \_\_\_\_\_

IBAN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kontoinhaber/in, falls abweichend von Antragsteller/in:

\_\_\_\_\_

Das MYOSITIS NETZ e.V. zieht Ihren Betrag unter der Gläubiger-Identifikationsnummer DE76ZZZ00002514587 ein.

### Adresdatenfreigabe (optional):

für Mitglieder des MYOSITIS NETZ e.V. im geschlossenen Mitgliederbereich der Website (<https://www.myositis-netz.de>).

ja, ich bin damit einverstanden, dass das MYOSITIS NETZ e.V. meinen Namen, meinen Titel und meine Dienstanschrift für die Mitgliedersuche im geschlossenen Mitgliederbereich der [Website](#) veröffentlicht. Dieses dient der Ermöglichung und der Optimierung der Kommunikation der Mitglieder untereinander. Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden (per E-Mail an [info@myositis-netz.de](mailto:info@myositis-netz.de)).

Hinweis zum Datenschutz: Ihre Daten werden gespeichert. Sie werden ausschließlich für satzungsgemäße Zwecke verwendet und nicht an Dritte weitergegeben. Der Nutzung Ihrer Daten können Sie jederzeit (per Brief oder E-Mail) widersprechen. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter <https://www.myositis-netz.de/datenschutzerklaerung/>.

Ein Vereinsaustritt hat immer mindestens drei Monate vor Jahresende schriftlich zu erfolgen und ist jeweils **nur zum Jahresende** gültig.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber/in