



Deutsche Rheuma-Liga  
Landesverband Bayern e.V.  
Fürstenrieder Straße 90  
80686 München

Stempel der Arbeitsgemeinschaft

### Mitgliedsantrag bei der Deutschen Rheuma-Liga, Landesverband Bayern e.V.

Hiermit beantrage ich ab dem \_\_\_\_\_ die satzungsgemäße Mitgliedschaft als:

- |   |  |            |
|---|--|------------|
| <input type="checkbox"/> Mitglied                             | Jahresmitgliedsbeitrag                       | 25,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> weiteres Mitglied im selben Haushalt | Jahresmitgliedsbeitrag                       | 18,80 Euro |
| <input type="checkbox"/> Fördermitglied                       | (freiwilliger Beitrag mindestens 25,00 Euro) | _____ Euro |

Ich beantrage Beitragsermäßigung wegen einer Doppelmitgliedschaft bei (bitte entsprechende Nachweise beifügen):

- |  |                        |            |
|--|------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew       | Jahresmitgliedsbeitrag | 18,80 Euro |
| <input type="checkbox"/> Lupus Erythematodes Selbsthilfegemeinschaft | Jahresmitgliedsbeitrag | 18,80 Euro |
| <input type="checkbox"/> Sklerodermie Selbsthilfe e.V.               | Jahresmitgliedsbeitrag | 18,80 Euro |

Bei Eintritt ab 01.07. ermäßigt sich der jeweilige Jahresmitgliedsbeitrag im ersten Jahr um die Hälfte.

Angaben zur Person:  Frau  Herr  Titel \_\_\_\_\_

Name\*, Vorname\* \_\_\_\_\_ Geburtsdatum\* \_\_\_\_\_

Name des rheumakranken Kindes\* \_\_\_\_\_ Geburtsdatum\* \_\_\_\_\_

Straße\* \_\_\_\_\_ Hausnummer\* \_\_\_\_\_

PLZ \* \_\_\_\_\_ Ort\* \_\_\_\_\_

Telefon\* \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Art der rheumatischen Erkrankung \_\_\_\_\_

Beruf/früherer Beruf \_\_\_\_\_  berufstätig  berentet

Krankenkasse (Kurzbezeichnung) \_\_\_\_\_ Rentenversicherung \_\_\_\_\_

**Bitte füllen Sie alle mit einem \*(Stern) gekennzeichneten Pflichtfelder aus. Ihre freiwilligen Angaben helfen uns, noch bessere, auf Sie zugeschnittene Leistungen zu entwickeln.**

- Hiermit willige ich ein, dass die eingetragenen, personenbezogenen Daten/Gesundheitsdaten (Pflichtangaben, freiwillige Angaben) von der Deutschen Rheuma-Liga, Landesverband Bayern e.V. für die Erfüllung satzungsgemäßer Zwecke (insbesondere zur Beratung, Betreuung, Information und Rehabilitation) erhoben, verarbeitet und genutzt werden dürfen.
- Gleiches gilt auch für die Abrechnung der an mich ausgehändigten ärztlichen Verordnungen an die zuständigen Abrechnungsstellen und für die Weitergabe meiner Anschrift zum Zweck der Versendung der Mitgliederzeitschrift „mobil“.

**Widerrufshinweis:** Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit schriftlich widerrufen kann. Den Widerruf richten Sie an den Landesverband Bayern e.V. mit oben aufgeführter Adresse.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_  
**Bitte füllen Sie zur Erteilung einer Einzugsermächtigung das umseitige SEPA-Lastschriftmandat aus!**

Bitte  
wenden!  
➔

## Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats

Deutsche Rheuma-Liga, Landesverband Bayern e.V., Fürstenrieder Str. 90, 80686 München  
(Zahlungsempfänger)

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE 75ZZZ00000073309

**Mandatsreferenz Mitgliedsbeitrag:** (MG-Nummer \_\_\_\_\_)  
wird von der Deutschen Rheuma-Liga eingetragen und Ihnen mit der Mitgliedsbestätigung mitgeteilt.

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber / Zahler)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Deutsche Rheuma-Liga, Landesverband Bayern e.V., den jährlichen Mitgliedsbeitrag bis auf Widerruf von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Deutsche Rheuma-Liga, Landesverband Bayern e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut des Zahlers

IBAN:DE \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

BIC \_\_\_\_ | \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift/en des/der Zahler/s

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich/uns die Deutsche Rheuma-Liga, Landesverband Bayern e.V., über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.