**A**

** U F N A H M E A N T R A G**

 POTS und andere Dysautonomien e.V.

Bitte in Druckbuchstaben schreiben! (\*Pflichtfeld, \*\*Pflichtfeld bei Familienmitgliedschaft)

Nachname\* **………………………………………………………………………….** Vorname\* **…………………………………….……………………………..**

Geschlecht\* m [ ]  / w [ ]  / d [ ]  Geb.-Datum\* …………………… Beruf …………………………………… Tätig? [ ] ja [ ]  nein

Straße\*…………………………………………………………………. Nr. ……..… Tel. *..............................* Handy *.......................................*

PLZ\* ………… Stadt\* ............................................................. E-Mail\* *...............................................................................*

Land\*: …………………………………… Kommunikation [ ]  per Mail [ ]  per Brief [ ]  SMS

POTS\* [ ] ja [ ]  nein NCS\* [ ] ja [ ] nein

Mitglieds-Nr.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

andere Dysautonomie\* [ ] ja [ ]  nein Welche(n): .….*………………………………………………………*

Bestätigte Diagnose\* [ ] ja [ ]  nein Wenn ja, wann: *…*…………*………………………………………*

Wer hat die Diagnose gestellt: *...........................................................................................................................................................*

(Arzt/-in, Fachrichtung, Klinik, Stadt, Land)

Bei wem sind Sie in Behandlung: *........................................................................................................................................................*

(Arzt/-in, Fachrichtung, Klinik, Stadt, Land) Zufrieden? [ ] ja [ ]  nein

Bei wem sind Sie in Behandlung: *........................................................................................................................................................*

(Arzt/-in, Fachrichtung, Klinik, Stadt, Land) Zufrieden? [ ] ja [ ]  nein

Partner-Nachname\*\* ***………………………………………………………………….*.** Vorname\*\* **………………………………………....…..…………………**

Geschlecht\*\* m [ ]  / w [ ]  / w [ ]  Geb.-Datum\*\* *………………………* Beruf ……………………………...……………………………………

Tel. *..............................* Handy *.......................................* E-Mail\* *.......................................................................*

Dysautonomie\*\* [ ]  ja [ ]  nein Wenn ja, welche: *.......................................................................................................................*

**Minderjährige Kinder, die in die Mitgliedschaft der Eltern eingeschlossen werden sollen?** [ ]  **ja** [ ]  **nein**

Name\* ...................................... Vorname\* *............................* Geb.-Datum\* *……………* Dysautonomie\* [ ]  ja [ ]  nein

Name\* ...................................... Vorname\* *............................* Geb.-Datum\* *……………* Dysautonomie\* [ ]  ja [ ]  nein

[ ]  **Einzelmitglied** – **30 €/Jahr**. Einzelmitglied und minderjährige Kinder

[ ]  **Familienmitgliedschaft** – **50** **€ / Jahr**. Beide (Ehe-)Partner und minderjährige Kinder.

[ ]  **Einzelmitglied ermäßigt** – **15** **€ / Jahr**. Mit jährlich einzureichendem Nachweis. S. Beitragsordnung.

[ ]  **Familienmitgliedschaft ermäßigt** – **25** **€ / Jahr**. Mit jährlich einzureichendem Nachweis. S. Beitragsordnung.

[ ]  **Förderer** – selbst gewählter Jahresbeitrag von mind. 15 €.

Förderer kann jede volljährige natürliche oder juristische Person werden. Förderer erlangen keinen Mitgliederstatus.

 Mein persönlicher Förderbeitrag beträgt ..........................€ ***(******mind. 15 € / Jahr).***

**Der Beitrag im ersten Jahr wird nur anteilig für volle Monate berechnet und in der Bestätigung der Aufnahme mitgeteilt.**

**Datum / Unterschrift/en**

des/der Beitretenden oder des/der gesetzlichen Vertreter/s **X** *………………………*

**Als Zahlungsweise für den jährlichen Beitrag wähle/n ich/wir:**

[ ]  Einzelüberweisung

[ ]  ein Dauerauftrag wurde von mir/uns eingerichtet.

(Der Jahresbeitrag ist im **ersten Quartal** fällig, bei Eintritt im laufenden Jahr innerhalb von vier Wochen nach Bestätigung der Aufnahme)

**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung:**

Meine Daten dürfen **innerhalb** des Vereins an Betroffene, Berater und Ärzte weitergegeben werden. [ ]  ja [ ]  nein

**Datenschutzerklärung: POTS und andere Dysautonomien e.V.** darf meine Daten für vereinsinterne Zwecke elektronisch speichern, weiterleiten und verarbeiten. Ohne dieses Einverständnis kann keine Mitgliedschaft in „POTS und andere Dysautonomien e.V.“ begründet werden.

**Datum / Unterschrift/en**

des/der Beitretenden oder des/der gesetzlichen Vertreter/s **X** *………………………*