

LipödemGesellschaft e.V.

(c/o ASG / Am Sandtorkai 76 / 20457 Hamburg)

Antrag auf Mitgliedschaft in der LipödemGesellschaft e. V.

Ich, der/die Unterzeichnende,

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Geb. Datum: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Website: _____

beantrage hiermit in der LipödemGesellschaft e. V.: (bitte ankreuzen)

- Die Mitgliedschaft als Betroffene* (20 €/Jahr)
- Die Mitgliedschaft als Anwalt/ Arzt (80 €/Jahr)
- Die Mitgliedschaft als Fördermitglied (ab 250 €/Jahr) _____ €
- Als Professionelle Helfer (Physiotherapeuten, Assistenzärzte etc.) (40 €/Jahr)

* Härtefallregelungen bei einem Einkommen unter 1000 Euro /Monat nach Antrag möglich.

Die Satzung der LipödemGesellschaft e.V. ist mir bekannt.

Bitte senden Sie mir Informationen des Vereins per E-Mail per Post (bitte nur ankreuzen, wenn **kein** E-Mail-Account besteht).

Als Antragsteller/in verpflichte mich, den jährlichen Mitgliedsbeitrag in der angegebenen Höhe durch Erteilung einer Einzugsermächtigung zu begleichen.

Ich bin damit einverstanden, dass die LipödemGesellschaft e. V. die enthaltenen Daten elektronisch speichert. Die LipödemGesellschaft e. V. wird die Daten vertraulich behandeln. Insbesondere werden die Daten Dritten nicht zur Verfügung gestellt oder für Werbezwecke genutzt. Bitte lesen Sie unsere Datenschutzerklärung unter <https://lipoedem-gesellschaft.de/datenschutz/>.

Ich bestätige, dass ich die Daten und Dokumente im Mitgliederbereich nur für mich nutze und diese nicht an dritte weitergebe. Das betrifft auch den Zugang für den Mitgliederbereich.

Ort, Datum

Unterschrift



Lipödeme
Gesellschaft e.V.

LipödemeGesellschaft e.V.

(c/o ASG / Am Sandtorkai 76 / 20457 Hamburg)

SEPA-Lastschriftmandat für Mitgliedschaft in der LipödemeGesellschaft e. V.

Ich/Wir ermächtige(n) die **LipödemeGesellschaft e.V.**, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

LipödemeGesellschaft e.V.

c/o ASG

Am Sandtorkai 76

20457 Hamburg

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kosten für etwaige Rücklastschriften mangels Deckung übernehme ich.

IBAN: _____

BIC: _____

bei der Bank _____

Kontoinhaber _____

Ort, Datum

Unterschrift