

## BEITRITTSERKLÄRUNG



Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein SDS Deutschland e.V.

Vorname: .....

Nachname: .....

Straße und Hausnummer: .....

PLZ und Wohnort: .....

Geburtsdatum: .....

Telefon: .....

E-Mail-Adresse: .....

SDS Deutschland e.V.  
Häfnerstraße 8  
72631 Aichtal

sdsdeutschland.de  
info@sdsdeutschland.de

**Postadresse**  
SDS Deutschland e.V.  
Postfach 41 06  
70779 Filderstadt

**Vorstand**  
Helena Blöcker  
1. Vorsitzende  
0160 944 744 02

Michael Peuker  
stv. Vorsitzender  
0171 999 989 3

### JAHRESBEITRAG:

Einzelmitgliedschaft

- Erwachsener: 42 €
- Schulkind (bis zum vollendeten 18. Lebensjahr): 22 €
- Kinder (werden bis zum Schuleintritt als kostenfreies Mitglied geführt)

Familienmitgliedschaft

- Hauptmitglied: 42 €
- jede weitere Person (im selben Haushalt lebend): 22 €

Der Mitgliedsbeitrag versteht sich als Mindestbeitrag und ist jedes Jahr zum 1. April fällig, jedoch bei Neueintritt sofort.

Individuell gewählter Beitrag: .....€

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß der Satzung und den Datenschutzbestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über die von mir gespeicherten Daten zu erhalten. Meine Daten werden nach Austritt aus dem Verein gelöscht. Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Shwachman Diamond Syndrom Deutschland e.V. an. Die Satzung kann jederzeit eingesehen werden.

Ort, Datum: .....

Unterschrift: .....

(bei Minderjährigen Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters)

SEPA – LASTSCHRIFTMANDAT

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE02ZZZ00002291946

Hiermit ermächtige ich den Verein Shwachman Diamond Syndrom Deutschland e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein Shwachman Diamond Syndrom Deutschland e.V. auf mein Konto gezogenen 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.

Kreditinstitut: .....

Kontoinhaber: .....

IBAN: .....

BIC: .....

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten von der Vereinsverwaltung auf elektronischen Datenträgern während der Mitgliedschaft gespeichert werden..

Ort, Datum: .....

Unterschrift: .....

(bei Minderjährigen Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters)



**SDS**  
Deutschland e.V.

Shwachman Diamond Syndrom  
Deutschland

SDS Deutschland e.V.  
Häfnerstraße 8  
72631 Aichtal

sdsdeutschland.de  
info@sdsdeutschland.de

**Postadresse**  
SDS Deutschland e.V.  
Postfach 41 06  
70779 Filderstadt

**Vorstand**  
Helena Blöcker  
1. Vorsitzende  
0160 944 744 02

Michael Peuker  
stv. Vorsitzender  
0171 999 989 3