

Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V. Metzgergasse 16 97421 Schweinfurt Tel. 09721 75508-0 aenderung@bechterew.de

Erfassung DVMB-Geschäftsstelle:	
LV Gr	

Stand: 01/25

litgliedsantrag (Bitte in Druckschrift ausfüllen und im Original per Post an die DVMB-Geschäftsstelle senden. Felder mit X sind Pflichtfelder)	
h erkläre meinen Beitritt zur Deutschen Vereinigung orbus Bechterew e.V. (DVMB) und zum Landesverband ab dem:	
St. X Morbus-Bechterew-Patient/in Morbus-Bechterew-Patient/in Patient/in mit artverwandter entzündlicher Wirbelsäulenerkrankung: Jährlicher Mitgliedsbeitrag ab 01.01.2025 64	
beantrage Beitragsermäßigung wegen Doppelmitgliedschaft als: (bitte Zutreffendes ankreuzen) Zweites DVMB-Mitglied im selben Haushalt * Mitglied bei der Deutschen Morbus Crohn/ Colitis ulcerosa Vereinigung * Mitglied bei der Deutschen Rheuma-Liga * * Mitgliedsnummer	
Name, Vorname, Geschlecht w m d X Geburtsdatum	
Straße und Hausnummer/Postfach Bundesland X PLZ X Wohnort zuletzt ausgeübter Beruf Telefonnummer mit Vorwahl X E-Mail	
Datenschutzrechtlicher Hinweis: Meine Daten werden in der Mitgliederdatei der DVMB-Bundesgeschäftsstelle, dem für mich zuständigen Landesverband und der für mich zuständigen örtlichen Gruppe gespeichert. In die Erfassung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und deren Nutzung willige ich ein, soweit dies zur Förderung des Vereinszwecks, zur Verwaltung und Betreuung der Mitglieder nötig ist. Ich stimme zu: Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit schriftlich und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Wenn ich "Nein" angekreuzt habe, bedeutet das, dass ich nur vom Bundesverband Informationen, wie z.B. das Morbus-Bechterew-Journal, erhalte. Ich kann auf der Landesebene und in der örtlichen Gruppe nicht wählen und nicht gewählt werden, da meine Daten nicht dorthin weitergeleitet werden. Zum Nachlesen unter www.bechterew.de	
Gläubiger-Identifikationsnummer DE89ZZZ00000075288 Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt Ich ermächtige die DVMB, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DVMB 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. * Im ersten Jahr wird der Mitgliedsbeitrag wie folgt berechnet: 1.1.–30.6.: voller Beitrag; 1.7.–31.12.: halber Beitrag; Bedürftige Mitglieder können auf Antrag ganz oder teilweise vom Mitgliedspeitrag befreit werden. Bitte sprechen Sie uns hierzu an. Wir bitten unsere Mitglieder, im Rahmen ihrer persönlichen Möglichkeiten die Höhe der Zuwendung nach	
Selbsteinschätzung festzusetzen. Der Beitrag kann steuerlich abgesetzt werden. Bei wendung** (Spende) Höhe von: ■ Seamtbetrag: X Selbsteinschätzung festzusetzen. Der Beitrag kann steuerlich abgesetzt werden. Bei Beträgen bis 300 € reicht Ihr Kontoauszug zur Vorlage beim Finanzamt aus. Für Beträge von mehr als 300 € erhalten Sie eine gesonderte Zuwendungsbestätigung. **Im Falle einer Beitragserhöhung soll die Höhe der Zuwendung beibehalten werden (bitte Zutreffendes ankreuzen): Ja Nein	
IBAN as SEPA-Lastschriftmandat erfolgt ab: X Datum	
Datum X Unterschrift	