

# Antrag auf Förder-Mitgliedschaft

Hier wird später Ihre Mitgliedsnummer eingetragen!

Hiermit erkläre ich, ab sofort, meinen Beitritt zum Verein

## Die Schmetterlinge e. V. Schilddrüsenbundesverband

Als Mitgliedsbeitrag zahle ich jährlich:

30,00 Euro     40,00 Euro     50,00 Euro     \_\_\_\_\_ Euro

Mindestbetrag 30,00 Euro !

bitte entsprechenden Betrag ankreuzen und/oder ausfüllen!

Er wird jeweils im Januar fällig. Der erste Mitgliedsbeitrag ist im Beitrittsmonat zu zahlen. Mit dem Mitgliedsbeitrag wird auch die Mitgliedschaft des Vereins beim Kindernetzwerk e. V., bei der APE, bei der DGE, bei der DGKJ, bei dem Netzwerk für Hypophysenerkrankungen e. V., bei der Deutschen Gesellschaft für Autoimmunerkrankungen u. a. finanziert. Diese Vereine und Institutionen unterstützen unseren Verein mit neuesten Informationen und diversen Unterlagen zu Schilddrüsen- und Hormonerkrankungen.

Ich kann meine Mitgliedschaft zum Ende eines jeden Kalenderjahres kündigen. Eine schriftliche Mitteilung an die Vorstandsvorsitzende: Frau Kirsten Wosniack, Postfach 10 08 11, 45008 Essen, reicht aus. Eine Erstattung des bereits gezahlten Mitgliedsbeitrages erfolgt nicht.

Der Mitgliedsbeitrag kann auf nachfolgend genanntes Konto überwiesen werden:

Konto-Nr.: 62 54 63 432                      Bankleitzahl: 360 100 43  
Geldinstitut: Postbank Essen              Kontoinhaber: Die Schmetterlinge e. V.

Es besteht auch die Möglichkeit uns eine Einzugsermächtigung zu erteilen. Bitte beachten Sie die Rückseite!

Eine Vereinssatzung wird mir mit der Mitgliedsbestätigung zugesandt. Außerdem erhalte ich einen Mitgliedsausweis. Eine Zuwendungsbestätigung wird mir mit Ablauf des Jahres automatisch übersandt.

## Persönliche Angaben

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ/Ort	
Land	
Telefon	
Telefax	
E-Mail	

**Bitte benachrichtigen Sie uns, wenn sich Ihre Anschrift, Telefonnummer oder Ihr Einverständnis zur Weitergabe Ihrer Anschrift oder Telefonnummer ändern sollte!**

Ich bin mit der Weitergabe meiner Anschrift und Telefonnummer an andere Vereinsmitglieder einverstanden  
(bitte ankreuzen!)

ja                       nein

Ort / Datum:

Unterschrift:

**Die Schmetterlinge e. V. sind verpflichtet,  
alle persönlichen Daten im Rahmen des Datenschutzgesetzes zu behandeln!**



## Die Schmetterlinge e. V.

Schilddrüsenbundesverband

Postfach 10 08 11 • 45008 Essen • Gemarkenstraße 133 • 45147 Essen • Deutschland  
Telefon/Telefax: (02 01) 8 71 84 51

E-Mail: info@sd-bv.de • Homepage: <http://www.sd-bv.de>

Spendenkonto: Postbank Essen • Konto-Nr.: 62 54 63 432 • BLZ: 360 100 43

Der Verein ist unter VR 4053 beim Registergericht Essen eingetragen und als gemeinnützig und besonders förderungswürdig anerkannt.

Steuernummer: 112/5754/0605 beim Finanzamt Essen-Süd.



## Die Schmetterlinge e. V. Schilddrüsenbundesverband

### Geschäftsstelle:

Postfach 10 08 11 • 45008 Essen • Deutschland  
Gemarkenstraße 133 • 45147 Essen • Deutschland  
Telefon/Telefax: (02 01) 8 71 84 51

**E-Mail:** info@sd-bv.de • **Homepage:** <http://www.sd-bv.de>

**Spendenkonto:** Postbank Essen • Konto-Nr.: 62 54 63 432 • BLZ: 360 100 43

Der Verein ist unter VR 4053 beim Registergericht Essen eingetragen und als gemeinnützig und besonders förderungswürdig anerkannt. Steuernummer: 112/5754/0605 beim Finanzamt Essen-Süd.

## Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige(n) ich/wir den Verein **Die Schmetterlinge e. V.** widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen/Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit (jeweils im Januar des Jahres, bzw. erstmalig im Monat des Eintritts in den Verein) zu Lasten meines/unseres Girokontos mit der

Konto-Nr.	
Bankleitzahl	
Bezeichnung der kontoführenden Bank oder Sparkasse	

durch Lastschrift einzuziehen.

Kontoinhaber Name	
Kontoinhaber Vorname	
Straße	
PLZ/Wohnort	

Datum	
Unterschrift des Kontoinhabers	

Wenn mein/unser Girokonto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens der kontoführenden Bank oder Sparkasse keine Verpflichtung zur Einlösung. Bei Nichteinlösung der Lastschrift werden von der Bank des Vereins Gebühren erhoben, die vom Zahlungspflichtigen übernommen werden müssen. Teileinlösungen werden nicht vorgenommen. Bitte geben Sie keinesfalls ein Sparkonto an!

Bitte stellen Sie mir eine Zuwendungsbestätigung aus: ja  nein  (zutreffendes bitte ankreuzen!)

**Bitte dieses Formular an die Geschäftsstelle einsenden!**