

Cystinose-Selbsthilfe e.V.  
Beuthener Straße 15  
40883 Ratingen

info@leben-eben.com  
csproedt@leben-eben.com

### Anmeldeformular

**Wir freuen uns, dass Sie bei uns Mitglied sind oder aufgenommen werden möchten. Bitte füllen Sie das Formular aus und schicken es als Email-Anhang oder per Post an oben angegebene Anschrift zurück. Fragen mit \* sind verpflichtend.**

**\* 1. Ich / Wir melden uns als Mitglied der Cystinose-Selbsthilfe e.V. an**

**Bitte beachten Sie, dass sich erwachsene Kinder, die nicht im Haushalt der Eltern leben, selbst als Mitglied anmelden müssen.**

Erwachsene Einzelperson

Familie

Sonstiges (bitte angeben)

**\* 2. Name, Vorname des Ansprechpartners**

Name

Vorname

**3. Tragen Sie hier gegebenenfalls weitere Familienangehörige ((Ehe-)Partner\*in und Kind/er) ein.**

Name, Vorname, Geburtsdatum (des Familienmitglieds mit Cystinose)

Name, Vorname, Geburtsdatum (des Familienmitglieds mit Cystinose)

Name, Vorname, Geburtsdatum (des Familienmitglieds mit Cystinose)

Name, Vorname, Geburtsdatum (des Familienmitglieds mit Cystinose)

Name, Vorname, Geburtsdatum (des Familienmitglieds mit Cystinose)

**\* 4. Ich selber habe Cystinose.**

ja       nein

Wenn ja, mein Geburtsdatum

**\* 5. Meine /Unsere Kontaktdaten**

Adresse

Adresse Zusatz

PLZ

Ort

Bundesland/Region

Staat

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

**6. Ich / Unser Kind wird hier betreut (Klinik, Arzt). Mehrfachnennung möglich.**

Klinik / Arzt-Ärztin

Klinik / Arzt-Ärztin

Klinik / Arzt-Ärztin

Klinik / Arzt-Ärztin

**\* 7. Ich bin darüber informiert, dass**

Ich mich / meine Familie mit diesem Formular als zahlendes Mitglied bei der Cystinose-Selbsthilfe e.V. anmelde.

Meine / Unsere Kontaktdaten auf einem PC der Cystinose-Selbsthilfe e.V. (nicht online) gespeichert werden.

Meine Daten werden ohne meine Zustimmung niemandem (auch keinem anderen Mitglied des Cystinose-Selbsthilfe e.V.) weitergegeben.

**\* 8. Der jährliche Mitgliedsbeitrag wird auf der Jahreshauptversammlung der Cystinose-Selbsthilfe e.V. festgelegt. Zur Zeit beträgt er mindestens 20 €.**

**Meine Zahlungsoption:**

- Überweisung.
- SEPA-Lastschriftmandat. Bitte schicken Sie mir die Unterlagen.

**Wir freuen uns über jährliche Spenden, die über den Mitgliedsbeitrag von 20,00 € hinausgehen. Selbstverständlich erhalten Sie eine Spendenquittung, die Sie steuerlich geltend machen können.**

Ich / Meine Familie zahle/n jährlich einen freiwilligen Beitrag von

Die im Aufnahmeantrag angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Email-Adresse, Kontodaten (nur bei SEPA-Lastschriftmandat) sind allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Mitgliedschaftsverhältnisses notwendig und erforderlich und werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben. Die Datenschutz-Informationen gemäß Art. 12 ff DSGVO sind dem beigefügten Merkblatt zu entnehmen.

Datum:

Unterschrift: