



Hiermit beantrage ich (beantragen wir) die Aufnahme als Mitglied in der Verein Kartagener Syndrom und Primäre Ciliäre Dyskinesie e.V.

Der reguläre Mitgliedsbeitrag beträgt für alle auf einem Antrag eingetragenen Antragsteller zusammen 30,- € pro Jahr (Einzel und Familienmitgliedschaft). Fördermitglieder können alternativ eine mit dem Vorstand abgestimmte Leistung erbringen. Auf einem Antrag dürfen im gemeinsamen Haushalt lebende Familienmitglieder mit einem Mindestalter von 14 Jahren eingetragen werden. Jeder Antragsteller zählt als einzelnes Mitglied und ist mit jeweils einer eigenen Stimme in der Mitgliederversammlung stimmberechtigt. Das Stimmrecht des minderjährigen Mitgliedes kann seitens des (der) Erziehungsberechtigten eingeschränkt werden. Diese Einschränkung ist handschriftlich auf dem Antrag zu vermerken.

Antragsteller #1

Name		Vorname		Anrede (Hr./Fr.)	Titel
Straße				Geburtsdatum	
PLZ	Ort				
Telefon Festnetz			Telefax		
Telefon Mobil			E-Mail-Adresse		
bitte ankreuzen:					
<input type="checkbox"/> bin selbst betroffen		<input type="checkbox"/> Familienmitglied ist betroffen		Form der Erkrankung (wenn zutreffend):	
Fördermitglied → <input type="checkbox"/> Arzt		<input type="checkbox"/> Physiotherapeut		<input type="checkbox"/> Sonstiges	
				<input type="checkbox"/> PCD <input type="checkbox"/> Kartagener Syndrom	
Wenn ein Familienmitglied betroffen ist, welches nicht selbst Antragsteller ist:					
Name		Vorname		Geburtsdatum	
Ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten im Kreis der Betroffenen zum Zweck des Erfahrungsaustauschs weitergegeben werden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Ort, Datum, Unterschrift					

Antragsteller #2

Name		Vorname		Anrede (Hr./Fr.)	Titel
Geburtsdatum		E-Mail-Adresse			
bitte ankreuzen:					
<input type="checkbox"/> bin selbst betroffen		<input type="checkbox"/> Familienmitglied ist betroffen		Form der Erkrankung (wenn zutreffend):	
				<input type="checkbox"/> PCD <input type="checkbox"/> Kartagener Syndrom	
Ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten im Kreis der Betroffenen zum Zweck des Erfahrungsaustauschs weitergegeben werden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Ort, Datum, Unterschrift					

Antragsteller #3

Name	Vorname	Anrede (Hr./Fr.)	Titel
Geburtsdatum	E-Mail-Adresse		
bitte ankreuzen:			
<input type="checkbox"/> bin selbst betroffen	<input type="checkbox"/> Familienmitglied ist betroffen	Form der Erkrankung (wenn zutreffend):	
		<input type="checkbox"/> PCD	<input type="checkbox"/> Kartagener Syndrom
Ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten im Kreis der Betroffenen zum Zweck des Erfahrungsaustauschs weitergegeben werden:			
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ort, Datum, Unterschrift			

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE9ZZZ00001433428
Mandatsreferenz: (wird später mitgeteilt)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den Verein KS & PCD e.V., den Mitgliedsbeitrag von _____€ * von meinem (unserem) Konto mittels wiederkehrender Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die vom Verein KS & PCD e.V. auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

*** (Bitte tragen Sie den Mitgliedsbeitrag in Höhe von mindestens 30,-€ selbst in das dafür vorgesehene Feld ein. Es steht Ihnen selbstverständlich frei, den Verein mit einem höheren Betrag zu unterstützen. Die SEPA-Lastschriftermächtigung muss separat unterschrieben werden!)**

IBAN	BIC
Geldinstitut	Kontoinhaber
Unterschrift des Kontoinhabers: _____	

Den ersten Mitgliedsbeitrag überweise ich selbst

auf das Konto des Vereins bei der Bank für Sozialwirtschaft:

IBAN: DE67 5502 0500 0008 6473 00 | BIC: BFSWDE33MNZ

Ein angebrochenes Kalenderjahr gilt dabei als volles Kalenderjahr.

Mir ist bekannt, dass meine Mitgliedschaft erst nach Eingang des ersten Mitgliedsbeitrags auf dem Vereinskonto beginnt.

Diskussionsforum: Wenn Sie an unserem geschlossenen Diskussionsforum *Forum für Mitglieder* teilhaben möchten, registrieren Sie sich bitte unter: http://www.kartagener-syndrom.org/index.php?option=com_comprofiler&task=registers

Änderungsmitteilung: Bitte teilen Sie Änderungen Ihrer Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adressen oder Bankverbindung einem Vorstandsmitglied mit. Bitte teilen Sie uns ebenfalls mit, falls sich Veränderungen in Ihrem Haushalt ergeben (z. B. Mitglieder ziehen weg oder Kinder erreichen das Mindestalter von 14 Jahren und sollen als Vereinsmitglieder geführt werden).

Kündigung: Der Austritt aus dem Verein ist jeweils zum Jahresende möglich und einem Vorstandsmitglied schriftlich (Brief oder Fax; E-Mail) zu erklären.

Medizinisch-wissenschaftlicher Beirat
Dr. Brinkmann, Bochum | Dr. Jung, Zürich | Dr. Koerner-Rettberg, Bochum | Prof. Koitschev, Stuttgart | Fr. Linz-Keul, Fürth
PD Dr. Nüßlein, Koblenz | Prof. Omran, Münster | Dr. Rosewich, Stuttgart | Dr. Ringshausen, Hannover | Dr. Seithe, Nürnberg | Dr. Werner, Münster

Förderrat
Dr. Hellmann, Augsburg | Prof. Dr. Rott, Erlangen | PD Dr. Ahrens, Niedererbach | Dr. Illing, Stuttgart