



Ich beantrage meine Mitgliedschaft ab dem Jahr _____

Frau Herr Firma

Name*: Vorname*:

Straße*:

PLZ*: Wohnort*:

Bundesland: Geburtsdatum*:

Telefon*:

Handy:

E-Mail:

Die mit * gekennzeichneten
Felder sind Pflichtfelder

Mitgliedschaft pro Kalenderjahr

Mitglied 40 €

Bei Mitgliedern im Ausland erhöht sich der Beitrag um 8 €.

Familienangehörige/r einer Person, die bereits Mitglied der DFV e.V. ist, 27 €
Zugehörig zu Mitglieds-Nr.:

Mitglied (Schweiz) 50 €

Fördermitglied (ab 100 €) _____ €

Bitte ankreuzen!

Die Mitgliedschaft gilt für das laufende Kalenderjahr (vom 01.01.-31.12.) und verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn nicht **3 Monate vor Jahresende gekündigt** wird (bis spätestens 30. September Eingang in der Geschäftsstelle der DFV e.V.).

Der Jahresbeitrag ist kalenderjährlich zahlbar. Er wird zu Beginn des Jahres fällig oder sofort nach Eintritt. Die Deutsche Fibromyalgie Vereinigung (DFV) e.V. ist unter der Nr. VR 450165 im Vereinsregister des Amtsgerichtes Mannheim eingetragen. Wir sind unter der Steuer-Nr. 40004/02079 beim Finanzamt Mosbach als gemeinnütziger Verein anerkannt und sind berechtigt über Zuwendungen im Sinne des § 10 b des Einkommensteuergesetzes Spendenquittungen auszustellen.

Die Informationen der DFV e.V. gemäß Artikel 13 Datenschutz-Grundverordnung (Info 204), Stand Februar 2024, habe ich zur Kenntnis bzw. zu meinen Unterlagen genommen
(Bitte ankreuzen).

Datum: _____

Unterschrift: _____

Bitte Rückseite ausfüllen!

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Deutscher Fibromyalgie Tag Messe Symposium.....
- Zeitschrift Homepage Telefonberatung
- Social Network Sonstiges

ohne SEPA-Lastschriftmandat
Mitgliedsbeitrag + 3,- € Bearbeitungsgebühren

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE66DFV00000243803

Mandatsreferenz: (=Mitgliedsnummer, wird noch mitgeteilt)

Ich ermächtige den Bundesverband Deutsche Fibromyalgie Vereinigung (DFV) e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Bundesverband Deutsche Fibromyalgie Vereinigung (DFV) 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

abweichende/r Kontoinhaber/in

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

IBAN: ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Name des Kreditinstituts: _____

Ort

Datum

Unterschrift (Kontoinhaber/in)

Mitgliedsnummer:

Daten erfasst: