

Wir helfen Menschen, die an einer Erkrankung der Schlaf-wach-Regulierung leiden



Deutsche Narkolepsie-Gesellschaft e.V.

Deutsche Narkolepsie-Gesellschaft e.V.  
Zechenstraße 36  
59425 Unna

E-Mail: DNG-Geschaeftsstelle@t-online.de  
www.dng-ev.org  
Tel.: 0561/ 400 90 704  
Fax: 0561/ 400 90 706

## Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage(n) ich / wir die Mitgliedschaft in der DNG:

1. Name \_\_\_\_\_ 2. Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

bitte zutreffendes ankreuzen:

Betroffener  Angehöriger  Interessent  Betroffener  Angehöriger  Interessent

Narkolepsie  und/oder andere Schlafkrankheiten  Narkolepsie  und/oder andere Schlafkrankheiten

Straße / Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_ Bundesland \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobiltelefon \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Außerdem mein(e) Kind(er): (wenn betroffen, bitte ankreuzen!)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Genehmigen Sie die Bereitstellung Ihrer Adressdaten für andere *Mitglieder*, um Kontaktaufnahmen zu ermöglichen?  
(ausschließlich Adressdaten!)

ja:  Adresse  Telefonnr.  Fax  Mobil-Nr.  E-Mail-Adresse  
 nein

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift

Der Datenschutz ist gewährleistet!

- Ich habe Interesse an aktiver Mitarbeit.  
 z.Z. stehe ich für eine aktive Mitarbeit nicht zur Verfügung.

Ich/Wir melde/n mich/uns an als:

- Einzelmitglied € 45,--  
 (Ehe-) Paar<sup>1</sup> oder Familie<sup>2</sup> € 65,--  
 Sozialbeitrag € 25,-- (auf Antrag - Grundsicherung)

Ich bin bereit, eine einmalige / laufende Spende von € \_\_\_\_\_ zu leisten.

Die Spende soll zweckgebunden sein für: \_\_\_\_\_

→ Ab einem Zahlbetrag von jährlich € 200,-- erhalten Sie zu Beginn des Folgejahres unaufgefordert eine steuerbegünstigende Spendenquittung.

Den Jahresbeitrag (fällig am **15. 02.** des Jahres) zzgl. der zugesagten Spende(n) zahle ich per:

- Bankeinzug (Ermächtigung siehe unten)  
 Überweisung  
(Bei Überweisung erhöht sich der Beitrag um 5,-- € lt. der gültigen Satzung!)

Datum

\_\_\_\_\_

1. Unterschrift

2. Unterschrift

\_\_\_\_\_

Nur für Mediziner, Therapeuten, Wissenschaftler, Praxen, soziale Einrichtungen o.ä.

- Ich möchte kein Mitglied werden, aber die Broschüre "DER WECKER" zweimal jährlich zugeschickt bekommen. Hierfür zahle ich einen Kostenanteil von € 10,-- im Jahr. (Zahlungsarten s.o.)

### Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die DNG e.V. widerruflich, laufende Beiträge und (einmalige) Spende(n) von meinem folgenden Konto durch Lastschrift einzuziehen:  
Weist mein Konto die erforderliche Deckung nicht auf, besteht für die Bank keine Verpflichtung zur Einlösung.

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_ (sofern von oben abweichend)

Konto-Nr.: \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_ bei der  
\_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup>zwei in häuslicher Gemeinschaft lebende Personen

<sup>2</sup>Kinder in häuslicher Gemeinschaft, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind im Familienbeitrag enthalten.