

Deutsche Narkolepsie-Gesellschaft e.V.
Hospitalgasse 3
59494 Soest

Kontakt:
buero@dng-ev.de
Tel.: 02921 - 943 7864
Fax: 02921 - 943 7866
www.dng-ev.de

Aufnahmeantrag **Änderungsantrag**

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

1.	2.
Name: _____	Name: _____
Vorname: _____ geb.: _____	Vorname: _____ geb.: _____
Beruf (freiwillig Angabe): _____	Beruf (freiwillig Angabe): _____

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Betroffener <input type="checkbox"/>	Angehöriger <input type="checkbox"/>	Interessent <input type="checkbox"/>	Betroffener <input type="checkbox"/>	Angehöriger <input type="checkbox"/>	Interessent <input type="checkbox"/>
Narkolepsie <input type="checkbox"/>	und/oder andere Schlafkrankheiten <input type="checkbox"/>	Narkolepsie <input type="checkbox"/>	und/oder andere Schlafkrankheiten <input type="checkbox"/>		

Straße / Hausnr.: _____

PLZ / Wohnort: _____ Bundesland: _____

Telefon: _____ Mobiltelefon: _____

Fax: _____ E-Mail: _____

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

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____	<input type="checkbox"/>
Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____	<input type="checkbox"/>
Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____	<input type="checkbox"/>

Die Datenschutzrichtlinien habe/n ich/wir zur Kenntnis genommen und bin/sind damit einverstanden. (Die Datenschutzrichtlinien sind unter www.dng-ev.de einzusehen oder können im Verwaltungsbüro in Soest angefordert werden. Kontakt s. o.)

1. Unterschrift

2. Unterschrift

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

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

- Einzelmitglied 50,- Euro
- (Ehe-)Paar¹ oder Familie² 75,- Euro
- Sozialbeitrag 25,- Euro (auf Antrag – Grundsicherung)

- Ich bin bereit, eine einmalige / laufende Spende von _____ Euro zu leisten.
- Die Spende soll zweckgebunden sein für: _____

► Ab einem Zahlungsbetrag über 200,- Euro erhalten Sie zu Beginn des Folgejahres unaufgefordert eine Zuwendungsbescheinigung.

Den Jahresbeitrag (fällig am 15.02. des Jahres) zzgl. der zugesagten Spende(n) zahle ich per Bankeinzug.

Ort, 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,- Euro im Jahr (per Bankeinzug).

**Zur Erteilung der Einzugsermächtigung
siehe Rückseite!**

1 Zwei in häuslicher Gemeinschaft lebende Personen
2 Kinder in häuslicher Gemeinschaft bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind im Familienbeitrag enthalten.

SEPA Lastschriftmandat

Deutsche Narkolepsie-Gesellschaft e.V., Hospitalgasse 3, 59494 Soest

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE29ZZZ00000470867

Mandatsreferenz:

Ich ermächtige die Deutsche Narkolepsie-Gesellschaft e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Narkolepsie-Gesellschaft 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.

Vorname und Nachname (Kontoinhaber):

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

IBAN:

BIC:

Ort:

Unterschrift:

Die Mandatsreferenz teilen wir Ihnen umgehend nach erfolgter Anmeldung in einer Kopie dieses Antrages mit.

**Aufnahmeantrag / Änderungsantrag
zum Heraustrennen!**