



PARKINSONLINE e.V

Selbsthilfe ist unsere Stärke

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Verein.

Zum Ausfüllen des Formulars unter Windows wird der Adobe Reader benötigt, Downloadmöglichkeit hier: <https://get.adobe.com/de/reader/>.

Persönliche Angaben:

Bitte alle *Pflichtfelder ausfüllen, Danke!

*Vorname:

*Nachname:

*Titel:

*Geburtsdatum:

*Straße/Hausnummer:

*PLZ/Wohnort:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

*Telefon:

*E-Mail:

Foren-Nickname:

* Jahresbeitrag:
mindestens 15,00 €

Beginn Mitgliedschaft:

Mit meinem Beitritt erkenne ich die Satzung und die Geschäftsordnung des Vereins an. Änderungen meiner Daten werde ich dem Verein unverzüglich mitteilen. Ich kann jederzeit aus dem Verein austreten. Der Austritt muss gegenüber dem Vorstand schriftlich erklärt werden und wird vier Wochen nach Bekanntgabe wirksam. Eine anteilige Erstattung des Mitgliedsbeitrages erfolgt nicht.

Ich willige darin ein, dass PAoL e.V die in diesem Antrag eingetragenen personenbezogenen Daten im Rahmen meiner Mitgliedschaft und zur Erhebung des Beitrags in Datenverarbeitungssystemen speichert. Das Erheben, Speichern, Übermitteln und Nutzen der Daten ist nur soweit gestattet, als dies für die Vereinsmitgliedschaft erforderlich ist, beispielsweise um den Mitgliedern Informationen zuzusenden.

Einzugsermächtigung:

Lastschriftmandat / SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige den Verein PARKINSONLINE e. V den Jahres-Mitgliedsbeitrag, am 1. März. eines jeden Jahres, von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Fällt der 1. März auf einen Sonn- oder Feiertag, so erfolgt der Einzug am nächsten Bank-Arbeitstag. Im Falle des Beitrittes während des Kalenderjahres wird mir der Termin für den erstmaligen Beitragseinzug zusammen mit der Mandatsreferenz mitgeteilt. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein PARKINSONLINE 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 im Falle eines unberechtigten Einzuges. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

PARKINSONLINE e. V
Quellenweg 5
51570 Windeck

Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer lautet DE67ZZZ00001057669.
Ihre Mandatsreferenz wird separat mit der ersten Beitragsrechnung mitgeteilt.

*Name der Bank:

*BIC oder BLZ:

*IBAN oder Kontonummer:

*Kontoinhaber:

Hinweis:

Ihre vertraulichen Daten werden per SSL verschlüsselt übermittelt.

Bitte speichern Sie das Formular unter neuem Dateinamen ab und senden es per Email an: <mailto:vorstand@parkins-on-line.com>

Sollte der E-Mail-Versand nicht funktionieren, bitte das ausgefüllte Formular per Post einsenden an o. g. Anschrift.

Der Eingang des Beitrittsformulars wird Ihnen per E-Mail bestätigt. Satzungsgemäß entscheidet der Vorstand über die Aufnahme als Vereinsmitglied, darüber erhalten Sie eine gesonderte Mitteilung.