

Mitgliedsantrag

Ich möchte dem Verein *Allianz pflegende Angehörige – Interessengemeinschaft und Selbsthilfe e.V.* beitreten:

Name:* _____
 Vorname:* _____
 Straße, Hausnummer:* _____
 PLZ / Ort:* _____
 Telefon: _____
 Mobiltelefon: _____
 E-Mail: _____
 Geburtsjahr: _____

Form der Mitgliedschaft

- ordentliches Mitglied (natürliche Person)
- Fördermitglied,
 - natürliche Person
 - juristische Person

** Pflichtangaben*

Mein Mitgliedsbeitrag

| Jährlicher Beitrag | | Zahlweise | | |
|--|---|--------------------------------------|--|---|
| | | jährlich (fällig am 15.03. d. J.) | halbjährlich (fällig am 15.03. u. 15.09. d. J.) | vierteljährlich (fällig am 15.03., 15.06., 15.09. u. 15.12. d. J.) |
| als natürliche Person | <input type="checkbox"/> 10 € | <input type="checkbox"/> | <i>Nicht möglich</i> | <i>Nicht möglich</i> |
| | <input type="checkbox"/> höherer Betrag _____ € | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| als Fördermitglied (juristische Person) | <input type="checkbox"/> 50 € | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> höherer Betrag _____ € | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| als Fördermitglied (natürliche Person) | <input type="checkbox"/> 150 € | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> höherer Betrag _____ € | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zahlungsart

- Ich überweise meinen Beitrag wie oben angegeben auf das untenstehende Konto.
- Ich erteile *Allianz pflegende Angehörige – Interessengemeinschaft und Selbsthilfe e. V.* ein SEPA-Lastschrift-Mandat mit dem beigefügten Formular

Bescheinigung über Mitgliedsbeiträge und Spenden

- Bitte senden Sie mir zum Jahresende einen Spendennachweis als (Sammel-) Spendenquittung.
- Bitte senden Sie mir eine vereinfachte Zuwendungsbestätigung zu (gilt bis 200 €/Jahr in Verbindung mit den entsprechenden Kontoauszügen).
- Ich benötige keinen Nachweis.

Datenweitergabe im Verein

Folgende Informationen von mir dürfen (z. B. für den Kontakt untereinander, Bildung von Selbsthilfegruppen) bis auf Widerruf an andere Vereinsmitglieder weitergegeben werden (Zutreffendes bitte ankreuzen):

| | |
|---------------------|--------------------------|
| Name: | <input type="checkbox"/> |
| Wohnort: | <input type="checkbox"/> |
| Straße, Hausnummer: | <input type="checkbox"/> |
| Telefonnummer: | <input type="checkbox"/> |
| Mobiltelefon: | <input type="checkbox"/> |
| Mailadresse: | <input type="checkbox"/> |

Möchten Sie hier schon einmal über Ihre Erfahrungen im Pflegebereich berichten?

Ich bin oder war ... (Mehrfachnennungen möglich)

- pflegende*r oder begleitende*r Angehörige*r, Freund*in o. ä.
- im Pflegebereich berufstätig
- als Wissenschaftler*in mit Pflege befasst
- anderweitig interessiert, und zwar: _____

(Bitte ggf. auf einem Extra-Blatt fortfahren.)

Mitgliederinformationen/Newsletter

- wünsche ich mir per E-Mail und trage mich dazu in die vereinsinterne Mailingliste ein*
- möchte ich per Briefpost erhalten

Ich bin mit der Speicherung und elektronischen Verarbeitung meiner Daten zu Zwecken der Vereinsverwaltung bis auf Widerruf einverstanden.

Die Mitgliederverwaltung erfolgt elektronisch mittels einer lokalen Verwaltungssoftware. Meine Daten werden gemäß dem geltenden Datenschutzrecht behandelt und insbesondere nicht ohne meine Zustimmung an Dritte weitergegeben.

* Pflichtangabe

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)

Den Mitgliedsantrag bitte ausgefüllt und unterschrieben im Original zurück an:

Allianz pflegende Angehörige – Interessengemeinschaft und Selbsthilfe e. V.
c/o Hamb. Brücke, Das Demenzdock
Martinistr. 44, 20251 Hamburg