

# Bundesverband Poliomyelitis e. V.

Interessengemeinschaft von Personen mit Kinderlähmungsfolgen  
gegründet 1991



Bundesverband Poliomyelitis e.V.

Freiberger Straße 33  
09488 Thermalbad Wiesenbad

## Mitgliedsantrag

Ich beantrage die Mitgliedschaft im Bundesverband Poliomyelitis e. V. ab

Monat/Jahr:

Name:

Geburtsdatum:

Vorn.:

Beruf:

Straße:

Telefon:

PLZ Ort:

E-Mail:

### Mitgliedsbeitrag

Der **Mindest-Jahresbeitrag beträgt 36,00 €**, für **Angehörige 18,00 €**. (Bei Mitgliedschaftsbeginn nach dem 30.06. beläuft sich der Beitrag für das Kalenderjahr des Beitritts auf die Hälfte des Jahresbeitrags.)

Ich zahle freiwillig einen höheren Jahresbeitrag von

€

(bitte auf volle 5 oder 10 Euro runden)

Mitgliedsbeiträge und Spenden sind steuerlich abzugsfähig. Zur Vorlage beim Finanzamt genügt bei Beträgen bis 200 Euro eine Kopie des Kontoauszuges. Bitte zusätzlich vermerken: Finanzamt Annaberg, Steuer-Nr. 217/141/07043.

**Für nachstehende Angaben vielen Dank. Bitte Zutreffendes ankreuzen.**

#### Status der Polio-Erkrankung

- Polio-Betroffene/r  
 Impfgeschädigte/r  
 Angehörige/r eines/einer Polio-Betroffenen  
 weder Polio-Betroffene/r noch Angehörige/r

#### Post-Polio-Syndrom

- diagnostiziert  
 vermutlich  
 nein oder unbekannt  
 Rollstuhlfahrer /in  
 zeitweise im Rollstuhl

#### Woher haben Sie die Information über unseren Verband?

- Presse  
 Rundfunk/Fernsehen  
 persönliche Empfehlung, Bekannte  
 Internet  
 Reha-Klinik  
 Sonstiges

Welcher Regionalgruppe möchten Sie zugeordnet werden?

Ort:

Ich bin einverstanden, dass meine Mitgliedschaft in den Polio-Nachrichten veröffentlicht wird

 Ja  Nein

### SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE 06 ZZZ 00000174849**

Hiermit ermächtige ich den Bundesverband Poliomyelitis e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Bundesverband Poliomyelitis e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber:

Geldinstitut:

BIC: \*

IBAN:

\* BIC/SWIFT Kode nur bei einer Mitgliedschaft aus dem Ausland erforderlich!

Unterschrift Kontoinhaber

- Ich überweise den Betrag. (Sie erhalten vom Bundesverband für die erstmalige Zahlung eine separate Aufforderung mit den erforderlichen Kontodaten)

**Die von Ihnen auszufüllende "Datenschutzrechtliche Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten im Rahmen Ihrer Vereinsmitgliedschaft" ist Bestandteil des Mitgliedsantrags.**

Ort

Datum

Unterschrift