

### Ihre Vorteile als Mitglied:

- ✓ Sie sind automatisch auch Mitglied im Muko e.V. Bonn. (Starterpaket, kostenfreie Informationen, Mitgliedszeitung, Beratung, Weiterbildungsmöglichkeiten etc.). Gilt für die Einzel- und Familienmitgliedschaft.
- ✓ Regionale Vernetzung und Erfahrungsaustausch.
- ✓ Individuelle Unterstützung bei Fragen und Problemen.
- ✓ Veranstaltungen mit Gleichgesinnten und Betroffenen.
- ✓ Aktivierung von Spenden zur Unterstützung und Absicherung der Mukoviszidose-Versorgung vor Ort.
- ✓ Mitwirkungsmöglichkeiten und Engagement sowohl im Verein in Dresden als auch in Bonn.

## Beitrittserklärung

**Ja**, ich möchte Mitglied in dem Mukoviszidose Selbsthilfe Dresden e.V. werden.

### Ich wähle folgende Mitgliedschaft:

- Einzelmitgliedschaft** (Mitgliedsbeitrag 72,00 € jährlich)     
  **Familienmitgliedschaft** (Mitgliedsbeitrag 72,00 € jährlich, für 2 Erwachsene und alle Kinder bis 18 Jahre)     
  **Fördermitgliedschaft (Dresden)**
- 50 €    75 €    100 €  
 anderer Betrag (> 35 €): \_\_\_\_\_

Beitragsreduzierung/Beitragsbefreiung u.U. möglich (jeweils für 1 Jahr, auf Antrag an Vorstand mit Nachweis)

### Ich bin:

- Mukoviszidose-Patient**   
  **Elternteil** (Geburtsjahr betroffenes Kind: \_\_\_\_\_)   
  **Angehöriger**   
  **Interessierter**  
 **Behandler** in der CF-Versorgung  
 Arzt    Ernährungsberatung    Physiotherapie    Pflegeberufe    Psychosoziale Betreuung

### Meine Daten:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.Dat.: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_ PLZ Ort: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Bei Wahl der Familienmitgliedschaft bitte alle im Haushalt lebenden Personen nachfolgend eintragen. Sollten die Vereins-E-Mails an weitere E-Mail-Adressen versenden werden, bitten wir diese hier anzugeben.

	Name	Vorname	Geb.Dat.	E-Mail	CF-Patient
(Ehe-)Partner(in):	_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/>
1. Kind:	_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/>
2. Kind:	_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/>
3. Kind:	_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/>
4. Kind:	_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/>

### Ich möchte wie folgt zahlen:

Per **Lastschriftinzug**

- Ich ermächtige die Mukoviszidose-Selbsthilfe Dresden e. V. (Gläubiger-Identifikations-Nummer: DE25ZZZ00000885420) meinen jährlichen Mitgliedsbeitrag von folgendem Konto einzuziehen:

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_ Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

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.

Per **Überweisung**

- Ich überweise den Jahresbeitrag jeweils im 1. Quartal jeden Jahres auf das Konto der Mukoviszidose Selbsthilfe Dresden e.V., Ostsächsische Sparkasse, IBAN: DE64 8505 0300 3120 2059 06, BIC: OSDDDE81XXX

### Satzung und Datenschutz

- Ich stimme der **Datenschutzerklärung** zu. (<http://www.mukodresden.info/datenschutz>)
- Ich möchte **Informationen** (Mukopost, Einladungen für Veranstaltungen etc.) **per E-Mail** erhalten. (Ihre Zustimmung hilft uns, Versandkosten und Papier zu sparen. Sie haben zu jeder Zeit das Recht, Ihre Einwilligung per E-Mail zu widerrufen.)
- Ich habe die **Satzung** zur Kenntnis genommen. (Als PDF unter <https://www.muko-dresden.info/was-wir-tun>)
- Ich bin am Erfahrungsaustausch mit Betroffenen und an der Selbsthilfearbeit interessiert und bitte um ein unverbindliches Informationsgespräch.

\_\_\_\_\_  
Ort | Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Bitte zurücksenden an:** [kontakt@muko-dresden.info](mailto:kontakt@muko-dresden.info)