

# Mitgliedsantrag

AN:

Deutsche Parkinson Vereinigung eV  
Bundesverband  
Moselstr. 31  
41464 Neuss



Name:

Akad. Grad/Titel:

Vorname:

Geb.-Datum:

Straße:

Tel.:

PLZ/Ort:

Fax:

E-Mail:

**Ich möchte Mitglied werden als:**  
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

für einen Jahresbeitrag von:

Betroffener

46 €

Angehöriger als Erstmitglied

46 €

Angehöriger eines betroffenen Mitglieds

25 €

Fördermitglied

€ (bitte eintragen, mind. 40 €)

Zusätzliche, freiwillige jährliche Spende  
(kann von u.a. Konto abgebucht werden)

€ (bitte eintragen)

Bitte ordnen Sie meine Mitgliedschaft der folgenden lokalen Selbsthilfegruppe zu:

Lörrach

Die Mitgliedsbeiträge werden in zwei Halbjahresraten, jeweils zum 1. Januar und 1. Juli eines Jahres von meinem Konto eingezogen. Die zusätzliche Spende wird in einem Betrag eingezogen. Hiermit ermächtige ich widerruflich die Deutsche Parkinson Vereinigung, Bundesverband e.V. zum Einzug der angekreuzten Beiträge.

Kontoinhaber:

Konto-Nr.:

Name der Bank:

BLZ:

Ort/Datum:

Unterschrift:

Ihre Daten werden nur im Rahmen Ihrer Mitgliedschaft gespeichert und verarbeitet (§ 28, Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz). Nach Beendigung der Mitgliedschaft werden alle Daten gelöscht. Ihre Anschrift erhalten lediglich die zuständigen lokalen Selbsthilfegruppen sowie die dPV Landesverbände/LB., welche die Ziele der dPV mittragen. Dadurch erhalten die Gruppen die Möglichkeit, Sie zu Veranstaltungen einzuladen.