

Per Fax 06133 / 57 383 27 oder per Post

# MITGLIEDSANTRAG



Deutsche PatientenLiga  
Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA  
Geschäftsstelle  
Adnet-Str. 14  
55276 Oppenheim

Telefon: 06133 / 35 43  
Fax: 06133 / 57 383 27  
E-Mail: info@pat-liga.de  
www.pat-liga.de

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die:

## Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA

Name:	Vorname:
Straße, Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	Telefax:
E-Mail:	Mobil-Nr. (freiwillige Angabe):
Geburtstag:	Eintrittsdatum:

eigene Erkrankung: Asthma  COPD  Emphysem  andere (Lungen-)Erkrankung: \_\_\_\_\_

Gewünschter Ortsverband: \_\_\_\_\_

Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt für  Einzelpersonen € 25,00 und für  Familien € 40,00.

Bei Familienmitgliedschaft: Name des Familienangehörigen: \_\_\_\_\_

### Gewünschte Zahlungsweise:

- Rechnung (Bitte überweisen Sie den Betrag erst nach Erhalt der Rechnung.)  
 Einzugsermächtigung für den Jahresbeitrag in Höhe von € \_\_\_\_\_ wird hiermit erteilt. Ein Rückruf kann jederzeit erfolgen.

Geldinstitut: \_\_\_\_\_ Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

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

Datum, Unterschrift (für Einzugsermächtigung): \_\_\_\_\_

### Datenschutzhinweis

Wir weisen gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung die abgefragten Daten der Mitglieder in automatisierten vereinsinternen Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden. Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und vereinsinternen Nutzung der personenbezogenen Daten durch die DPLA zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden. Mir ist bekannt, dass eine Aufnahme in die DPLA ohne dieses Einverständnis nicht erfolgen kann.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA

als gemeinnützig seit 1986 anerkannt

gültiger Freistellungsbescheid Finanzamt Mainz-Mitte: StNr. 26/675/0372/9-II/4 vom 31.07.2017

Mainzer Volksbank eG - IBAN: DE37 5519 0000 0001 0320 10 BIC: MVBMD55