

Sie möchten bei uns Mitglied werden?

Der e.b.e. epilepsie bundes-elternverband e.v. bietet verschiedene Möglichkeiten der Mitgliedschaft an:

Für Einzelpersonen

mit einem steuerbegünstigten Jahresbeitrag in Höhe von mind. 25 €

Mit dieser Mitgliedschaft können Sie bei unseren Veranstaltungen den ermäßigten Teilnehmerbeitrag für sich selbst in Anspruch nehmen. In der Mitgliederversammlung sind Sie mit einer Stimme stimmberechtigt.

Für Familien/Lebenspartnerschaften

mit einem steuerbegünstigten Jahresbeitrag in Höhe von mind. € 40,00 €

Mit dieser Mitgliedschaft können Sie bei unseren Veranstaltungen den ermäßigten Teilnehmerbeitrag für alle im Antrag aufgeführten Familienmitglieder in Anspruch nehmen. In der Mitgliederversammlung sind Sie mit einer Stimme stimmberechtigt.

Für Selbsthilfegruppen, Vereine und Verbände

mit einem steuerbegünstigten Jahresbeitrag in Höhe von mind. 50,00 €

Selbsthilfegruppen, Vereine und Verbände können im Rahmen einer Gruppenmitgliedschaft ebenfalls bei uns Mitglied werden. In der Mitgliederversammlung sind sie mit einer Stimme stimmberechtigt.

Für Förderer und Unterstützer

mit einem steuerbegünstigten Jahresbeitrag in Höhe von mind. 100,00 €

Fördermitglieder unterstützen unsere Arbeit finanziell. In der Mitgliederversammlung sind sie nicht stimmberechtigt.

Beitragsfreie Mitgliedschaft oder Reduzierung des Mitgliedsbeitrages auf Anfrage und mit Nachweis möglich:

Die Entscheidung über die beitragsfreie Mitgliedschaft oder Reduzierung des Mitgliedsbeitrags erfolgt durch den Vorstand auf Antrag der betroffenen Person bzw. Gruppe/Institution. Die Überprüfung des Vorliegens der Voraussetzungen erfolgt jährlich.

Voraussetzung hierfür ist, dass die Person bzw. die Familie, in der die Person lebt, oder die Gruppe/Institution sich die Mitgliedschaft aufgrund der eigenen finanziellen Situation nicht leisten kann. Der Vorstand ist berechtigt, einen entsprechenden Nachweis zu verlangen.

Hat sich die finanzielle Situation verbessert und entfällt damit die Voraussetzung für die beitragsfreie Mitgliedschaft, wandelt sich diese in eine normale Mitgliedschaft um, falls das Mitglied die Mitgliedschaft nicht kündigt. Insoweit gelten die normalen Kündigungsbestimmungen.

Die Entscheidung über eine Beitragsfreiheit liegt ausschließlich beim Vorstand, es besteht kein Rechtsanspruch auf beitragsfreie Mitgliedschaft.

Wir weisen gemäß Art. 6 Abs.1 DSGVO darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung folgende Daten in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden: Namen*, Adressen*, Telefonnummern*, E-Mail-Adressen*, Geburtsdatum, Epilepsieerkrankung (ja/nein) und Einwilligung zur Weitergabe der Kontaktdaten an andere betroffene Eltern (ja/nein). Bei Nutzung des SEPA-Lastschriftverfahrens speichern wir zusätzlich Kontonummer, IBAN und BIC des Zahlungspflichtigen.

Mit der Unterzeichnung des Aufnahmeantrags willigen Sie in die Speicherung und Verarbeitung der obengenannten Daten ein.

* Pflichtangaben

An den epilepsie bundes-elternverband e.v.
Geschäftsstelle z. Hd. Herrn Warncke
Fichtenstrasse 4
86856 Hiltenfingen

Unsere Datenschutzbestimmungen finden Sie
auf unserer Internetseite:
www.epilepsie-elternverband.de

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag an die
obenstehende Adresse

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer
epilepsie bundes-elternverband e.v.:

DE78ZZZ00000524014

Ihre Mandatsreferenz-Nummer wird
Ihnen separat mitgeteilt.

Hiermit ermächtige(n) ich/wir den epilepsie bundes-
elternverband e.v., Zahlungen von meinem/ unserem Konto
mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir
mein/unser Kreditinstitut an, die vom o. a.
Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen
Lastschriften einzulösen.

*Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen,
beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des
belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit
meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung*

Meine Kontodaten :

IBAN: _____

BIC: _____

Ort, Datum _____

Unterschrift des Kontoinhabers _____

Beitrittserklärung

Vorname, Name* _____

Geburtsdatum _____

Straße* _____

PLZ, Wohnort* _____

E-Mail * _____

Telefon * _____

Zutreffendes bitte ankreuzen

Bitte nehmen Sie mich/uns in den Verteiler für E-Mail-Infos auf

Ich/Wir bin/sind mit der Weitergabe unserer Adresse an andere
betroffene Eltern einverstanden

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Familienmitglieder

Vorname, Name _____

Geburtsdatum _____ Epilepsie ja nein

Vorname, Name _____

Geburtsdatum _____ Epilepsie ja nein

Vorname, Name _____

Geburtsdatum _____ Epilepsie ja nein

Vorname, Name _____

Geburtsdatum _____ Epilepsie ja nein

Mitgliedschaft

Einzelmitgliedschaft _____ € Jahresbeitrag
(mind. jedoch 25 €)

Familienmitgliedschaft _____ € Jahresbeitrag
(mind. jedoch 40 €)

Gruppenmitgliedschaft _____ € Jahresbeitrag
(mind. jedoch 50 €)

Fördermitgliedschaft _____ € Jahresbeitrag
(mind. jedoch 100 €)