

## 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  
e.b.e. epilepsie bundes-elternverband e.v.  
Geschäftsstelle / z. Hd. Nadine Benzler  
Bommerfelder Ring 29  
58452 Witten

Fax 032222 126793  
kontakt@epilepsie-elternverband.de

Unsere Datenschutzbestimmungen finden Sie  
auf unserer Internetseite:  
[www.epilepsie-elternverband.de](http://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

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 €)