

---

## Beitrittserklärung

---

Mitglieds-Nr.: \_\_\_\_\_ (wird vom Verein eingetragen)

**Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft bei  
Pompe Deutschland e.V., 76356 Weingarten, Höhefeldstr. 26**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Titel (sofern zutreffend): \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Postleitzahl / Ort: \_\_\_\_\_

Straße / Nr.: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich bin (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Betroffene/r
- Angehörige/r, gesetzliche/r Vertreter/in oder Betreuer/in eines Betroffenen
- Freund/in oder Bekannte/r eines Betroffenen
- Mitarbeiter/in einer Klinik
- Ärztin / Arzt
- sonstige/r medizinische/r Experte/in mit Bezug zu Morbus Pompe (z. B. Physiotherapeut)  
Bitte erläutern: \_\_\_\_\_
- Angehörige/r eines Pharmaunternehmens oder eines Unternehmens der  
Gesundheitswirtschaft\*
- Andere (bitte erläutern): \_\_\_\_\_

\*Anmerkung: Personen, die Unternehmen nahestehen, die auf dem Gebiet von Pompe tätig sind, können nur eine passive Mitgliedschaft ohne Stimmrecht in der Mitgliederversammlung und ohne Wählbarkeit für den Vorstand erwerben.

Ich erkenne die Satzung des Vereins und die zum Zeitpunkt des Beitritts gültige Beitragsordnung an.

Der Mitgliedsbeitrag ist in der jeweils gültigen Beitragsordnung festgelegt:

40,00 € jährlich, bei nachgewiesener wirtschaftlicher Hilfsbedürftigkeit 5,00 € (Stand 10.03.2018).

Zweck des Vereins ist die Information und Unterstützung von Menschen, die von Morbus Pompe betroffen sind, von deren Angehörigen und weiteren Personen ihres sozialen Umfelds, außerdem die Förderung von Wissenschaft und Forschung zur Verbesserung von Diagnose und Therapie.

Wenn Sie Kontakt zu anderen Mitgliedern wünschen, so können wir diesen gerne vermitteln. Voraussetzung dafür ist Ihr Einverständnis. Es steht Ihnen frei, Ihr Einverständnis zu erteilen oder zu verweigern:

- Für von M. Pompe betroffene Mitglieder:** Ich willige ein, dass auf persönliche Nachfrage meine Kontaktdaten (Name, Telefonnummer, Wohnort, E-Mail, Verlaufsform/Typ) **an andere betroffene Mitglieder** weitergegeben werden. Ich werde die erhaltenen Daten vertraulich behandeln und nur für den Zweck der Kontaktaufnahme nutzen.
  
- Für Ärzte und andere medizinische Experten:** Ich willige ein, dass auf persönliche Nachfrage meine Kontaktdaten (Name, Telefonnummer, Ort, Klinik, E-Mail) **an andere Ärzte oder medizinische Experten** weitergegeben werden. Ich werde die erhaltenen Daten vertraulich behandeln und nur für den Zweck der Kontaktaufnahme nutzen.
  
- Ich möchte **nicht**, dass meine Kontaktdaten weitergegeben werden.

Eine Weitergabe der Daten zwischen den beiden genannten Personenkreisen oder über den jeweiligen Personenkreis hinaus ist ebenso ausgeschlossen wie die Weitergabe von Daten an Personen, die Unternehmen nahestehen, die auf dem Gebiet von Pompe tätig sind.

Datum, Ort:

---

Unterschrift des Antragstellers:

---

*Bitte senden Sie die Beitrittserklärung samt Einzugsermächtigung per Briefpost an:  
Pompe Deutschland e.V., Thomas Schaller, 76356 Weingarten, Höhefeldstr. 26*

---

# Einzugsermächtigung

---

**Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats an  
Zahlungsempfänger: Pompe Deutschland e.V., Höhefeldstr. 26, 76356 Weingarten**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE14ZZZ00001929047

Mandatsreferenz-Nr.: \_\_\_\_\_ (wird vom Verein eingetragen)

*Die Mandatsreferenz-Nr. wird dem Kontoinhaber mit einer separaten Ankündigung über den erstmaligen Einzug des Lastschriftbetrages mitgeteilt.*

Name des Mitglieds: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Titel (sofern zutreffend): \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Straße / Nr.: \_\_\_\_\_

Kontodaten:

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

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

Bankname: \_\_\_\_\_

Ich/wir ermächtige/n die Pompe Deutschland e.V. die von mir/uns zu entrichtende/n Zahlung/en bei Fälligkeit jährlich, erstmals je nach Beschlussfassung innerhalb des gleichen Jahres durch Lastschrift vom o. g. Konto einzuziehen.

Einzugsermächtigung: Ich ermächtige die Pompe Deutschland e.V. Zahlungen vom o. g. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Pompe Deutschland e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Mandat für Einzug von SEPA-Basis-Lastschrift (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Mandat gilt für wiederkehrende Zahlungen
- Mandat gilt für eine einmalige Zahlung

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

Unterschrift des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_