



Interessengemeinschaft  
Arthrogryposis e.V.

Interessengemeinschaft  
Arthrogryposis e.V.  
**Wilhelm Kleinheinz**  
Mühlenweg 8

D - 87549 Rettenberg

*Bitte Bestellformular in Druckbuchstaben  
ausfüllen und an nebenstehende  
Adresse senden!*

## Beitrittserklärung / Änderungsanzeige

### Grund der Mitteilung

Beitrittserklärung  Änderungsanzeige

### Art der Mitgliedschaft

Einzelperson (20,00 €)  Familie (30,00 €)  Junge Erwachsene (5,00 €)

Der Mitgliedsbeitrag je stimmberechtigtes Mitglied beträgt 20 Euro jährlich für eine Einzelmitgliedschaft (1 Erw. u. Kinder) und 30 Euro jährlich für eine Familienmitgliedschaft (2 Erw. u. Kinder). Junge Erwachsene (18-26 Jahre) zahlen 5 Euro (\*gilt nur in Verbindung mit einer Einzel- oder Familienmitgliedschaft der Eltern).

Der Mitgliedsbeitrag gilt nach § 10 b EStG und § 9 Nr. 3 KStG als Spende.

### Zuordnung zur Hauptmitgliedschaft

Die Mitgliedschaft als „junger Erwachsener“ ist nur möglich in Verbindung mit einer Einzel- oder Familienmitgliedschaft der Eltern.

Bitte geben Sie den Namen an, unter dem die Hauptmitgliedschaft läuft.

Name \_\_\_\_\_

### Namen der Mitglieder

Nr. 1 \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_  AMC-Betroffene(r)  Elternteil

Nr. 2 \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_  AMC-Betroffene(r)  Elternteil

Nr. 3 \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_  AMC-Betroffene(r)  Elternteil

Nr. 4 \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_  AMC-Betroffene(r)  Elternteil

Eventuelle weitere Familienmitglieder teilen Sie uns bitte auf einem gesonderten Blatt mit.

### Anschrift

Straße \_\_\_\_\_

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

Land \_\_\_\_\_ Bundesland/Kanton \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

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

---

## Einverständniserklärung

### § 6.3 Satzung der Interessengemeinschaft Arthrogyriposis e.V.

„Mit Eintritt erklären sich die Eltern bzw. Betroffenen damit einverstanden, dass ihre Anschrift zu Forschungszwecken an entsprechende ärztliche Institutionen und an weitere Eltern bzw. Betroffene zwecks Kontaktaufnahme bekannt gegeben werden. Die Weitergabe zusätzlicher Daten setzt die Zustimmung der Betroffenen voraus.“

**Ich bin/wird sind mit der Weitergabe meiner/unsere(r) Daten einverstanden.**

Ich bin/wir sind bereit, Mitglied(er) der Interessengemeinschaft Arthrogyriposis (IGA) e.V. zu werden und unterstütze(n) die in der Satzung bestimmten Ziele.

---

Ort, Datum, Unterschrift (Mitglied/er)

## Bankverbindungen

### Deutschland

Kto-Nr. 610 429 094, BLZ 733 500 00, Sparkasse Allgäu,  
IBAN Nr. DE24733500000610429094 und Swift-Code BYLADEM1ALG

### Schweiz

Postkonto 50-71617-5 Aarau

## Einzugsermächtigung (nur für Deutschland)

Ich/wir ermächtige(n) die Interessengemeinschaft Arthrogyriposis (IGA) e.V. widerruflich, den von mir/uns zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag zu Lasten meines/unsere(r) Kontos durch Lastschrift einzuziehen. Es ist für mich/uns weder ein Risiko noch irgendeine Verpflichtung mit der Einzugsermächtigung verbunden.

**Ich/wir kann/können die Einzugsermächtigung jederzeit widerrufen, dazu genügt eine kurze Mitteilung an den Verein.**

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Kontonummer \_\_\_\_\_ Bankleitzahl \_\_\_\_\_

Bank \_\_\_\_\_

---

Datum, Unterschrift des Kontoinhabers