



## Beitrittserklärung / Änderungsanzeige

Interessengemeinschaft Arthrogryposis e. V.  
Frank Große Heckmann  
In der Lohe 14

D-52399 Merzenich

### 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 \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift (Mitglied/er)

Bitte wenden

---

Interessengemeinschaft Arthrogryposis e. V.  
Frank Große Heckmann  
In der Lohe 14  
  
D-52399 Merzenich

Oder an:

IG Arthrogryposis e. V.  
Uta Reitz-Rosenfeld  
Isabellenstraße 4  
  
D-50678 Köln

Gläubiger-Identifikationsnummer DE66ZZZ00000165330

**SEPA-Lastschriftmandat**

Mandatsreferenz (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige die Interessengemeinschaft Arthrogryposis e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Interessengemeinschaft Arthrogryposis 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 Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name und BIC)

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum und Unterschrift

**DIESES SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT GILT FÜR DIE MITGLIEDSCHAFT VON**

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname

---