



### Art der Mitgliedschaft

Der jährliche Mitgliedsbeitrag je stimmberechtigtes Mitglied beträgt bei:  
(Beitrag gilt nach § 10 b EStG und § 9 Nr. 2 KStG als Spende)

<input type="checkbox"/> Einzelperson	<input type="checkbox"/> Familie	<input type="checkbox"/> Junge Erwachsene
<b>20,00 Euro</b> für eine Einzelmitgliedschaft (1 Erw. u. Kinder)	<b>30,00 Euro</b> für eine Familienmitglied- schaft (2 Erw. u. Kinder).	<b>5,00 Euro</b> für Junge Erwachsene (18-26 Jahre) <small>(gilt nur in Verbindung mit einer Einzel- oder Familienmitgliedschaft der Eltern).</small> Elternmitglied:

### Namen und Anschrift der Mitglieder

Vor- und Nachname	Geburts- datum	Anschrift	
		Straße	
		PLZ/Ort	
		Land/Bundesl.	
		Telefon/Mobil	
E-Mail			

<b>Anerkennung der Satzung</b> <input type="checkbox"/> Ich/wir erkenne(n) die Satzung an. Mit Eintritt in den Verein erkennen die Mitglieder die Satzung der Interessengemeinschaft Arthrogryposis e.V. in ihrer jeweils gültigen Fassung an.  Am 25. Mai 2018 trat die neue EU- Datenschutzgrundverordnung in Kraft. Um Ihnen Informationen über unsere Aktivitäten und Veranstaltungen unseres Vereins zukommen zu lassen, speichern wir Ihre personenbezogenen Daten. Dazu zählen Name, Vorname und E-Mailadresse. Eine Weitergabe an Dritte findet nicht statt. Sie können die Einwilligung jederzeit widerrufen und Ihre Daten löschen lassen. Unsere Datenschutzerklärung finden Sie unterhalb des Impressums auf <a href="http://www.arthrogryposis.de">www.arthrogryposis.de</a> <b>Einwilligung</b> <input type="checkbox"/> Ich habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und möchte Informationen von der Interessengemeinschaft Arthrogryposis e.V. erhalten.	<b>SEPA-Lastschriftmandat</b> <input type="checkbox"/> Ich ermächtige die Interessengemeinschaft Arthrogryposis e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.  Hiermit 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.  IBAN: _____  Kto.-Inhaber: _____  Institut: _____  Gläubiger-Identifikationsnummer DE66ZZZ00000165330
Ort, Datum:	Ort, Datum:
Unterschrift:	Unterschrift:

Die ausgefüllte und unterschriebene Beitrittserklärung bzw. Änderungsanzeige senden Sie bitte an:  
IGA e.V., Frank Große Heckmann, In der Lohe 14, D-52399 Merzenich  
oder per E-Mail: [frank.grosse-heckmann@arthrogryposis.de](mailto:frank.grosse-heckmann@arthrogryposis.de)