

## Narkolepsie Deutschland e.V.

Schlaf-Wach-Regulationsstörungen – Selbsthilfe  
Postfach 41 04 22 34066 Kassel

### Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich / beantragen wir die Mitgliedschaft bei der  
„Narkolepsie-Deutschland e.V.“

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- Einzelmitgliedschaft: 40,00 €/Jahr       Paarmitgliedschaft 60.00 €/Jahr  
 Jugendlicher bis 18 J. 20,00 €/Jahr       Familienmitgliedschaft 80,00 €/Jahr

Erwachsene, die sich noch in der Ausbildung befinden, zahlen bis max. zum 25. Lebensjahr einen ermäßigten Beitrag in Höhe von 20.00 €/Jahr. Ein Ausbildungsnachweis ist unaufgefordert zum Anfang eines jeden Jahres vorzulegen.

Bei Beginn d. Mitgliedschaft im Laufe eines Jahres werden Beiträge anteilig monatlich eingezogen.

\*) diese Felder müssen ausgefüllt werden!

- Name/Vorname:\*) \_\_\_\_\_ Geb.Dat:\*) \_\_\_\_\_  
 Name/Vorname des (Ehe-)Partners:\*) \_\_\_\_\_ Geb.Dat:\*) \_\_\_\_\_  
 Name/Vorname 1. Kind:\*) \_\_\_\_\_ Geb.Dat:\*) \_\_\_\_\_  
 Name/Vorname 2. Kind:\*) \_\_\_\_\_ Geb.Dat:\*) \_\_\_\_\_  
 Name/Vorname 3. Kind:\*) \_\_\_\_\_ Geb.Dat:\*) \_\_\_\_\_

(von Narkolepsie betroffene Personen bitte ankreuzen)

Straße:\*) \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort:\*) \_\_\_\_\_  
Bundesland:\*) \_\_\_\_\_ Land-/Stadtkreis:\*) \_\_\_\_\_  
Telefon:\*) \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Freiwillige Angaben, die dazu dienen sollen, bei Bedarf Mitglieder für eine Mitarbeit ansprechen zu können:

- gelernter Beruf: \_\_\_\_\_  Tätigkeit zur Zeit: \_\_\_\_\_  
 noch berufstätig: ja / nein  Schüler/Auszubildende: Ja / nein  
 EU-Rente: ja / nein      ich bin an einer akt. Mitarbeit im Verein interessiert: ja / nein

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_  
(Antragsteller)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_  
(Partner des Antragstellers)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_  
(Erziehungsber. d. Kindes)

## Seite 2

### Datenschutz

„Narkolepsie-Deutschland e.V.“ verpflichtet sich, alle Datenschutzgesetze einzuhalten. Jedes Mitglied hat ein sogenanntes „Selbstbestimmungsrecht, ob es mit einer Veröffentlichung seiner Daten (nur Name, Wohnort, Telefon, Fax, e-mail) in einer Mitgliederliste einverstanden ist, die anderen Vereinsmitgliedern zwecks Kontaktaufnahme zugänglich gemacht werden kann. Wer die Veröffentlichung seiner Daten ablehnt, hat auch kein Anrecht auf Daten anderer Mitglieder.

Jedes aufzunehmende erwachsene Mitglied muss diese Erklärung persönlich unterschreiben. Eine pauschale Erklärung von einer Person ist nicht zulässig. Eltern unterschreiben für Jugendliche bis 18 Jahre. Diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Damit hier keine Fehler passieren können, bitten wir Sie, die nachfolgenden Angaben genau durchzulesen und entsprechend zu beantworten. **Nicht ausgefüllte Erklärungen werden als Ablehnung zur Veröffentlichung gewertet.** Danke für Ihre Mitarbeit.

### Erklärung

**Name/Vorname:** \_\_\_\_\_

- ja, ich bin mit der Veröffentlichung meiner Daten wie oben angegeben in einer Mitgliederliste einverstanden.
- nein, ich bin nicht mit der Veröffentlichung meiner Daten in einer Mitgliederliste einverstanden.

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

**Name/Vorname des Partners:** \_\_\_\_\_

- ja, ich bin mit der Veröffentlichung meiner Daten wie oben angegeben in einer Mitgliederliste einverstanden.
- nein, ich bin nicht mit der Veröffentlichung meiner Daten in einer Mitgliederliste einverstanden.

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

**Name/Vorname des Kindes/der Kinder:** \_\_\_\_\_

- ja, ich bin mit der Veröffentlichung der Daten meines Kindes/meiner Kinder in einer Mitgliederliste einverstanden.
- nein, ich bin nicht mit der Veröffentlichung der Daten meines Kindes/meiner Kinder einverstanden.

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift Erz.Ber.** \_\_\_\_\_

Seite 3  
**Einzugsermächtigung**

Hiermit ermächtige ich die „Narkolepsie-Deutschland e.V.“, fällige Beiträge von meinem Konto durch Lastschrift einzuziehen. Weist mein Konto die erforderliche Deckung nicht auf, besteht für die Bank keine Verpflichtung zur Einlösung.

Ich verpflichte mich, Kontoänderungen umgehend schriftlich dem Vorstand/der Geschäftsstelle mitzuteilen. Aus geänderter Bankverbindung resultierende Stornogebühren müssen von mir übernommen werden.

**Kontoinhaber:** \_\_\_\_\_

**Bankinstitut.** \_\_\_\_\_

**BLZ:** \_\_\_\_\_ **Kto.Nr.:** \_\_\_\_\_

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_