

# Werden Sie Mitglied, denn eine starke Interessenvertretung hat viele Vorteile!

## Betroffene helfen Betroffenen

– seit nunmehr 25 Jahren ist das unser Wahlspruch. Diese Hilfe hat ganz unterschiedliche Gesichter. Ob Sie sich mit einem unserer über 80 persönlichen Ansprechpartner austauschen, zu Gruppentreffen kommen oder an unseren Seminaren mit Ärzten und Experten teilnehmen möchten oder einfach für sich die Zeitschrift „Lebenslinien“ entdeckt haben – Sie sind stets herzlich willkommen in unserer Solidargemeinschaft von Lebertransplantierten, Wartelistenpatienten, Angehörigen und Förderern unserer Arbeit.

Mit Ihrer Mitgliedschaft tragen Sie dazu bei, dass Transplantationspatienten eine Stimme bekommen und gegenüber Institutionen und der Politik vertreten werden. Die Aktiven unseres Verbandes arbeiten ausnahmslos ehrenamtlich. 40,- EUR Jahresbeitrag, der gut angelegt ist und steuerlich geltend gemacht werden kann. Wir freuen uns auf Sie als unser neues Mitglied.



[www.lebertransplantation.eu](http://www.lebertransplantation.eu)



 **Lebertransplantierte  
Deutschland e.V.**

## Beitrittserklärung

Die mit \* gekennzeichneten Angaben sind freiwillig. Sie helfen uns, unser Angebot gezielter auf Ihre Wünsche auszurichten.

**Bitte senden an: Lebertransplantierte Deutschland e.V. · Geschäftsstelle · Bebbelsdorf 121 · 58454 Witten**

**Einzelmitgliedschaft**  
(Betroffene/r Jahresbeitrag € 40,-)

**Familienmitgliedschaft**  
(Betroffene/r + 1 Angehörige/r Jahresbeitrag € 55,-)

**Fördermitgliedschaft**  
(Beitrag/Spende mind. € 40,-)

Vorname .....

Name .....

Straße/Hausnr. ....

PLZ/Ort .....

Geburtsdatum .....

Tel.-Nr.\* .....

Beruf\* .....

E-Mail\* .....

Förderbeitrag/Spende .....

Vorname (Angehörige/r für Familienmitgliedschaft) .....

Name (Angehörige/r für Familienmitgliedschaft) .....

Straße/Hausnr. ....

PLZ/Ort .....

**Weitere/r Familienangehörige/r** (Jahresbeitrag nur € 25,-/Person)

Vorname .....

Name .....

Straße/Hausnr. ....

PLZ/Ort .....

**Jugendliche, Schüler, Auszubildende und Studierende** (Jahresbeitrag € 20,- / Kinder bis 15 Jahre beitragsfrei)

Ich bin/Wir sind mit jährlichem Bankeinzug einverstanden. Das entsprechende SEPA-Lastschriftmandat füge ich der Beitrittserklärung bei (siehe Dokument: SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen). Ich habe zur Kenntnis genommen, dass mir meine Mandatsreferenz separat mitgeteilt wird. Der Beitrag im Eintrittsjahr wird quartalsweise berechnet.

Die datenschutzrechtlichen Hinweise auf der Rückseite habe ich gelesen und stimme der Erfassung, Speicherung und Verarbeitung meiner Daten einschließlich meiner freiwilligen Angaben ausdrücklich zu.

Ort, Datum .....

Unterschrift .....

bitte Rückseite beachten!

**Datenschutzrechtlicher Hinweis**

- Der Verein erfasst, verarbeitet und nutzt Ihre personengezogenen Daten automatisiert.
- Die Felder Vorname, Name, Geburtsdatum, Straße/Hausnr., PLZ/Ort dienen der Mitgliederverwaltung und erfordern Pflichtangaben.
- Die mit \* gekennzeichneten Felder nutzt der Verein zur Erfüllung seiner satzungsgemäßen Aufgaben, vor allem auch zu Ihrer Betreuung. Diese Angaben sind freiwillig.
- Unterbleiben Pflichtangaben, ist eine Aufnahme in den Verein nicht möglich. Unterbleiben freiwillige Angaben, so schränkt dies die Betreuungsleistung des Vereins ein.
- Ihre Pflichtangaben werden unverzüglich nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht. Ihre freiwilligen Angaben werden zum Jahresende nach Beendigung der Mitgliedschaft gelöscht.
- Sie haben das Recht auf Auskunft über die vom Verein über Sie gespeicherten Daten. Wenden Sie sich bei Bedarf schriftlich an die Vereinsadresse (Maiblumenstr. 12, 74626 Bretzfeld)

**SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen**

**Lebertransplantierte Deutschland e.V. | Gläubiger-Identifikationsnummer: DE53ZZZ00000338030**

**SEPA-Lastschriftmandat  
Mandatsreferenz (wird separat mitgeteilt)**

**Ich ermächtige Lebertransplantierte Deutschland e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Lebertransplantierte 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 Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.**

Vorname  Name

Straße/Hausnr.  PLZ/Ort

IBAN  D  E

BIC  (8 oder 11 Stellen)

Ort, Datum  Unterschrift

**Die datenschutzrechtlichen Hinweise zur Beitrittserklärung habe ich gelesen und stimme auch der Erfassung, Speicherung und Verarbeitung meiner Daten in diesem Formular ausdrücklich zu.**