



Deutsche Rheuma-Liga M-V e.V.

Warnowufer 23  
18057 Rostock

Tel.: 03 81 / 769 68 07  
Fax: 03 81 / 769 68 08

eMail: [lv@rheumaligamv.de](mailto:lv@rheumaligamv.de)

Bank für Sozialwirtschaft  
IBAN: DE36 1002 0500 0001 3190 00  
BIC: BFSWDE33BER

**Mitgliedserklärung**  
(bitte in Druckschrift)

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Deutschen Rheuma-Liga, Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V.

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_  
Bei welcher Krankenkasse versichert \_\_\_\_\_  
PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort/Krs. \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_  
Telefon, privat \_\_\_\_\_ dienstlich \_\_\_\_\_  
eMail \_\_\_\_\_

Sofern zutreffend, Familie mit einem oder mehreren rheumakranken Kindern:  ja

Beim Eintritt in die Deutsche Rheuma-Liga wird eine einmalige Gebühr von 5,00 € erhoben.  
Der Jahresbeitrag beträgt 34,80 € (Mindestbeitrag) und wird am 1. Bankarbeitstag im Monat April des laufenden Geschäftsjahres durch Lastschrift zu Lasten des angegebenen Kontos eingezogen.  
Ermäßigungen sind möglich und müssen schriftlich beim Vorstand beantragt werden.  
Der Jahresbeitrag kann über den Mindestbeitrag hinaus freiwillig variabel gestaltet werden.  
Kündigungen im laufenden Geschäftsjahr werden zum 01.01. des folgenden Jahres wirksam.  
Die Mitgliedszeitschrift „mobil“ erscheint 6x im Jahr und ist im Mitgliedsbeitrag enthalten.

**Angaben von Betroffenen: (Bitte unterstreichen Sie Zutreffendes)**

*Rheumatoidarthritis, Morbus Bechterew, Psoriasis-Arthritis, Lupus erythematoses, Sklerodermie,  
Vaskulitis, Osteoporose, Arthrose, Fibromyalgie, sonstige rheumat. Erkrankungen  
Rollstuhlfahrer, schwerbehindert, Rentner, EU-Rentner*

**Datenschutzhinweis:** Ihre Daten werden elektronisch erfasst, unter Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen gespeichert, verarbeitet und ausschließlich innerhalb der Deutschen Rheuma-Liga M-V e.V. genutzt, soweit es für die ordnungsgemäße Verwaltung der Mitgliedschaft oder weiterer mit Ihnen geschlossenen Vereinbarungen erforderlich ist. Zur Versendung der Zeitschrift mobil oder Erfüllung weiterer mit Ihnen geschlossener Vereinbarungen werden Daten nur unter Wahrung der gesetzlichen Bestimmungen und im erforderlichen Rahmen weitergegeben. Nach Beenden der Mitgliedschaft werden auch nicht rechnungsrelevante Daten zur Erfüllung gesetzlicher Aufbewahrungsfristen weitere 10 Jahre gespeichert. Sie haben jederzeit ein Recht auf unentgeltliche Auskunft über ihre Daten sowie ggf. auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung.  
Ihre Adressdaten können auch genutzt werden, um Sie über Studien zu informieren, bei denen die Deutsche Rheuma-Liga M-V e.V. kooperiert. Ihre Adressdaten werden hierbei nicht oder nur unter strengster Wahrung gesetzlicher Bestimmungen an Kooperationspartner weitergegeben (Falls nicht gewünscht bitte streichen).  
Ihre Adressdaten können auch nach Beenden der Mitgliedschaft durch die Deutsche Rheuma-Liga M-V e.V. genutzt werden, um Sie über Angebote und Vorhaben zu informieren (Falls nicht gewünscht bitte streichen).

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

Haben Sie besondere Fragen, Hinweise und Anregungen für unsere Arbeit?  
Möchten Sie als aktiver Helfer in den Arbeitsgemeinschaften und Selbsthilfegruppen tätig sein?  
Haben Sie spezielle Interessen, Fähigkeiten und Erfahrungen, die Sie anderen vermitteln möchten?  
Teilen Sie uns das bitte mit.

Bitte die Seite 2 beachten!



Deutsche Rheuma-Liga M-V e.V.

Warnowufer 23  
18057 Rostock

Tel.: 0381 / 769 68 07  
Fax: 0381 / 769 68 08  
eMail: lv@rheumaligamv.de  
Web: www.rheumaligamv.de

Bankverbindung:  
Bank für Sozialwirtschaft  
IBAN: DE36 1002 0500 0001 3190 00  
BIC: BFSWDE33BER

## Ermächtigung zum Einzug des Mitgliedsbeitrages

### per Lastschriftverfahren

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Deutsche Rheuma-Liga, Landesverband M-V e.V. den Mitgliedsbeitrag von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Deutschen Rheuma-Liga, Landesverband M-V e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Mein Beitrag beträgt: 34,80 € (Mindestbeitrag)  
oder nach eigenem Ermessen \_\_\_\_\_ €

Name und Vorname  
des Verfügungsberechtigten: \_\_\_\_\_

IBAN: DE \_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_

BIC: \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_

Name und Ort der Bank: \_\_\_\_\_

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

Mandatsreferenznummer: \_\_\_\_\_

Gläubiger-ID: DE44ZZZ00000502413

#### Anmerkung:

Der Mitgliedsbeitrag wird grundsätzlich per Lastschriftverfahren am 1. Bankarbeitstag im Monat April des laufenden Geschäftsjahres eingezogen. Es entstehen Ihnen hierdurch keine zusätzlichen Kosten, und die Ermächtigung ist jederzeit widerrufbar.