

DCCV-Beitrittserklärung



Hiermit trete ich der Deutschen Morbus Crohn/Colitis ulcerosa Vereinigung DCCV e.V. bei als

- ordentliches außerordentliches Mitglied (siehe Rückseite)

Name/Vorname: _____

Straße/Haus-Nr.: _____

PLZ/Wohnort: _____ Land: _____

Telefon: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Bei Minderjährigen Name und Anschrift der Erziehungsberechtigten:

Name/Vorname: _____

Straße/Haus-Nr.: _____

PLZ/Wohnort: _____

Alternativ können Sie auch als Eltern(teil) in Vertretung Ihres minderjährigen betroffenen Kindes Mitglied werden. Dann geben Sie bitte im Folgenden Namen und Geburtsdatum des Kindes an:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Ich bin erkrankt an/mein Kind ist erkrankt an (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Morbus Crohn | <input type="checkbox"/> lymphozytäre Kolitis | <input type="checkbox"/> Ich möchte Kontakt zu Mitbetroffenen Eltern bzw. Eltern von erkrankten Kindern. |
| <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa | <input type="checkbox"/> Primär sklerosierende Cholangitis (PSC) | <input type="checkbox"/> Hierfür darf Einzelnen meine Adresse genannt werden. |
| <input type="checkbox"/> Colitis indeterminata | <input type="checkbox"/> Ich bin selbst nicht betroffen | |
| <input type="checkbox"/> kollagene Kolitis | | |

Meine Mitgliedschaft soll beginnen (der Beitritt kann auch rückwirkend geschehen) zum:

- am 1.1.20____ am 1. 7. 20____ (halber Beitrag für das 2. Halbjahr)

Beitrag (siehe Rückseite):

- Jahresbeitrag 56,00 Euro Angehörigen-/Familienmitgliedschaft 80,00 Euro

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung der DCCV e.V. an. Ich bestätige, dass ich die Bedingungen der Mitgliedschaft (Auszug aus der Satzung www.dccv.de/satzung) zur Kenntnis genommen habe.

Datum: _____ Unterschrift (bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigten): _____

Beitragszahlung

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> jährlich | <input type="checkbox"/> halbjährlich |
| <input type="checkbox"/> vierteljährlich | <input type="checkbox"/> monatlich |
| <input type="checkbox"/> Beitragszahlung per Lastschrift | |

Hiermit ermächtige ich die DCCV widerruflich, meine Beiträge bei Fälligkeit von meinem Konto abzubuchen:

Konto-Nr.: _____ Kontoinhaber (wenn abweichend): _____

BLZ: _____ Bank/Sparkasse: _____

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Instituts (s.o.) keine Verpflichtung zur Einlösung.

Datum: _____ Unterschrift des Kontoinhabers: _____

- Beitragszahlung per Überweisung am: _____

Hinweise zur DCCV-Beitrittserklärung

Ordentliche Mitglieder

können nur an chronisch entzündlichen Darmerkrankungen oder primär sklerosierender Cholangitis (PSC) Erkrankte oder Eltern von minderjährigen Erkrankten sein.

Außerordentliche Mitglieder

können natürliche oder juristische Personen, Gesellschaften und Körperschaften werden, die den Zweck der Vereinigung ideell oder materiell unterstützen.

Angehörigen-/Familienmitgliedschaft

gilt für alle, Familien oder Einzelpersonen, die aus Solidarität gemeinsam mit der oder dem Betroffenen die DCCV unterstützen möchten. Je Familien- oder Angehörigenmitgliedschaft gibt es einen Betroffenen, der die volle Mitgliedschaft in der DCCV hat und den Sozialrechtsschutz in Anspruch nehmen kann (ordentliches Mitglied). Welches Mitglied das Mitgliederjournal „Bauchredner“ erhält, ist frei wählbar.

Die Angehörigen-/Familienmitgliedschaft gilt auch für folgende Person(en):

Name:	Anschrift (wenn abweichend):	ggf. Verwandtschaftsgrad:

Der „Bauchredner“ soll gesandt werden an:

Name/Anschrift:

Mindest- bzw. ermäßigter Beitrag

Aus begründetem Anlass kann der Beitrag jährlich auf Antrag teilweise erlassen werden. Die Ermäßigung kann bei der Bundesgeschäftsstelle beantragt werden. Der ermäßigte Beitrag beträgt 30,00 Euro, der Mindestbeitrag 12,00 Euro. Die Ermäßigung für Mitglieder mit geringem Einkommen orientiert sich an der bis Ende 2003 in der gesetzlichen Krankenversicherung gültigen Zuzahlungsbefreiung.

Medizinstudentinnen/-studenten und jungen Ärztinnen/Ärzten

ohne abgeschlossene Facharztausbildung kann ein ermäßigter Mitgliedsbeitrag von 30,00 Euro gewährt werden.

Mitgliedsbestätigung

erfolgt, wenn Sie „Beitragszahlung per Lastschrift“ ausgefüllt und unterschrieben haben oder wenn der Mitgliedsbeitrag auf dem DCCV-Konto 115 007 007 bei der Sparkasse Leverkusen (BLZ 375 514 40), IBAN: DE34 3755 1440 0115 0070 07, BIC-Code: WELADEDLLE33 eingegangen ist.

Alle Angaben werden unter Berücksichtigung des Bundesdatenschutzgesetzes behandelt.

Auf die DCCV wurde ich zum ersten Mal aufmerksam durch (bitte nur eine Möglichkeit ankreuzen):

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> DCCV-Aktive | <input type="checkbox"/> Apotheke | <input type="checkbox"/> Beipackzettel |
| <input type="checkbox"/> Bekannte, Freunde, Kollegen | <input type="checkbox"/> Betroffene | <input type="checkbox"/> eigene Recherchen |
| <input type="checkbox"/> Geschwister | <input type="checkbox"/> Hausarzt, Krankenhausarzt | <input type="checkbox"/> ILCO |
| <input type="checkbox"/> Informationsveranstaltung | <input type="checkbox"/> Jahrestagung | <input type="checkbox"/> Krankenkasse |
| <input type="checkbox"/> DCCV-Landesverband | <input type="checkbox"/> Literatur | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> Pharmafirmen | <input type="checkbox"/> Presse, Fernsehen | <input type="checkbox"/> Reha-Klinik |
| <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe | <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

Sie können diese Beitrittserklärung an die DCCV e.V. faxen (030 2000 392 87) oder das Blatt an der Falzmarke falten und in einem Fensterumschlag per Post schicken.

DCCV e.V.
Reinhardtstr. 18
10117 Berlin