

DCCV-Beitrittserklärung



DCCV e.V.
Deutsche Morbus Crohn /
Colitis ulcerosa Vereinigung

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

ordentliches Mitglied * außerordentliches Mitglied *

Name/Vorname*:

Straße/Hausnummer*:

PLZ/Wohnort*:

Land*:

Telefon: Fax: E-Mail:

Geburtsdatum*:

Bei Minderjährigen Name und Anschrift der gesetzlichen Vertreter*innen:

Name/Vorname*:

Straße/Hausnummer*:

PLZ/Wohnort*:

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

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

am 1. Januar 20____ am 1. Juli 20____

Jahresbeitrag*:

- Einzelmitgliedschaft 60,00 Euro Angehörigen-/Familienmitgliedschaft 80,00 Euro
- Ich bestätige, dass ich die Bedingungen der Mitgliedschaft (Auszug aus der Satzung www.dccv.de/Satzung) zur Kenntnis genommen habe.*
- Ich bestätige, dass ich die Datenschutzerklärung für die Beitrittserklärung zur Kenntnis genommen habe.*

Datum* Unterschrift* (bei Minderjährigen der*die Erziehungsberechtigte/gesetzliche Vertreter*in)

Beitragszahlung*:

- jährlich halbjährlich
- vierteljährlich monatlich

Beitragszahlung per Sepa-Lastschrift

Ich ermächtige / wir ermächtigen die DCCV e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der DCCV 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.

IBAN: DE Kontoinhaber*in (wenn abweichend):

BIC: Bank/Sparkasse:

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

Datum Unterschrift des*der Kontoinhaber*in

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift wird mich/uns die DCCV e.V. über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten. Bei wiederkehrenden Lastschriften (Folgelastschriften) wird uns die DCCV e.V. zusätzlich über die zukünftigen Fälligkeitstermine und die vereinbarten Einzugsbeträge in Kenntnis setzen.

Beitragszahlung per Überweisung am: _____

* Pflichtangaben



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

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

Das DCCV-Mitgliederjournal „Bauchredner“ soll gesandt werden an*:

Name/Anschrift: _____

Mitgliedsbestätigung

erfolgt, wenn Sie „Beitragszahlung per Lastschrift“ ausgefüllt und unterschrieben haben oder wenn der Mitgliedsbeitrag auf dem DCCV-Konto bei der Sparkasse Leverkusen, IBAN: DE 34 3755 1440 0115 0070 07, BIC: WELADEDLLEV eingegangen ist.

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

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

Hinweise zur DCCV-Mitgliedschaft:

Ordentliches Mitglied können nur an chronisch entzündlichen Darmerkrankungen oder primär sklerosierender Cholangitis (PSC) Erkrankte sein. Bei minderjährigen ordentlichen Mitgliedern werden die Mitgliedschaftsrechte durch eine*n gesetzliche*n Vertreter*in wahrgenommen.

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, die aus Solidarität gemeinsam mit der oder dem Betroffenen die DCCV unterstützen möchten. Je Familien- oder Angehörigenmitgliedschaft gibt es eine*n Betroffene*n, 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.

Für Mitglieder mit geringem Einkommen kann auf Antrag ein **Mindest- bzw. ermäßigter Beitrag** gewährt werden. Die Ermäßigung kann bei der Geschäftsstelle beantragt werden. Der ermäßigte Beitrag beträgt 32,00 €, der Mindestbeitrag 12,00 €.

Medizinstudent*innen und jungen Ärzt*innen ohne abgeschlossene Fachärzt*innenausbildung kann ein ermäßigter Mitgliedsbeitrag von 32,00 € gewährt werden.

Alle Angaben werden unter Berücksichtigung der entsprechenden Datenschutzgesetze behandelt.

**Bitte senden Sie diese Beitrittserklärung an:
DCCV e. V., Inselstraße 1, 10179 Berlin**

*Pflichtangaben



Datenschutzerklärung zur DCCV-Beitrittserklärung

Verantwortlicher für die Zwecke und die Mittel der Verarbeitung von personenbezogenen Daten ist die „Deutsche Morbus Crohn / Colitis ulcerosa (DCCV) e.V.“, Inselstraße 1 in 10179 Berlin, Tel.: 030 2000 392 0, Fax: 030 2000 392 87, Mail: info@dccv.de

Angaben zur Art der Mitgliedschaft dienen zur Festlegung des Beitragssatzes.

Name, Adressdaten und Kontodaten werden für die Mitgliederverwaltung genutzt.

Die Kommunikationsdaten (Telefon, E-Mail, Fax) sind freiwillige Angaben, die zur schnellen Kommunikation mit dem Mitglied gespeichert und genutzt werden.

Das Geburtsdatum wird zur Prüfung der Volljährigkeit (Geschäftsfähigkeit) erhoben.

Name und Adresse des*der gesetzlichen Vertreter*in bei Minderjährigen dienen der Mitgliederverwaltung.

Angaben zur Erkrankung dienen zur Versendung (postalisch / elektronisch) individueller Informationen über die entsprechende Krankheit und werden anonymisiert für die interne Verbandsstatistik genutzt.

Beginn der Mitgliedschaft und Beitragssätze dienen der Mitgliederverwaltung.

Die Angaben zur Beitragszahlung sind zur Mitgliederverwaltung notwendig.

Die Benennung des Angehörigen-/Familienmitglieds ist für die Mitgliederverwaltung notwendig.

Die Versandadresse für das Mitgliederjournal „Bauchredner“ wird für den Versand des „Bauchredners“ genutzt und wird in diesem Zusammenhang an einen Auftragsverarbeiter weitergegeben, für den ebenfalls die Auflagen der DSGVO und des DSAnpUG gelten.

Die Angaben über die Kenntnisnahme der DCCV werden in anonymisierter Form für die interne Statistik erhoben.

Die oben genannten personenbezogenen Daten werden für die Dauer der Mitgliedschaft genutzt und gespeichert. Nach dem Ende der Mitgliedschaft werden Namen und Adresse weiter gespeichert, soweit es durch andere Rechtsvorschriften (Steuerrecht, Handelsgesetz) gefordert wird. Eine endgültige Löschung erfolgt nach Ende der Aufbewahrungsfrist.

Sie haben das Recht auf Auskunft seitens des Verantwortlichen über die personenbezogenen Daten sowie auf Berichtigung oder Löschung oder auf Einschränkung der Verarbeitung oder eines Widerspruchsrechts gegen die Verarbeitung sowie des Rechts auf Datenübertragbarkeit.

Sie haben das Recht, jederzeit die Einwilligung zu widerrufen.

Sie haben ein Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde für den Datenschutz.

Die Bereitstellung der oben genannten personenbezogenen Daten sind für die Mitgliederverwaltung notwendig. Eine Nicht-Bereitstellung der Daten verhindert eine ordnungsgemäße Mitgliederverwaltung mit der Folge, dass Ihre Beitrittserklärung unwirksam ist.