

Antrag auf ordentliche Mitgliedschaft (Bitte in Druckschrift ausfüllen)

Die Beitragsordnung und Einzugsermächtigung finden Sie auf Seite 2

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Selbsthilfenetzwerk Kopf-Hals-M.U.N.D.-Krebs e.V. Ich bin

☐ selbst Betroffene/r ☐ Angehörige/r, und zwar _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Ich nehme an einer Selbsthilfegruppe (SHG) aktiv teil: ☐ nein ☐ ja, Ort der SHG: _____

HINWEIS: die Teilnahme an einer SHG ist für die Aufnahme als Mitglied im Selbsthilfenetzwerk nicht erforderlich!

Mit der Mitgliedschaft erhalten sie automatisch in einem neutralen Umschlag quartalsweise unser Magazin „EpiFace“. Falls Sie dies nicht wünschen, machen Sie bitte hier ein Kreuz ☐

Die Beantwortung der nun folgenden medizinischen und den Beruf betreffenden Fragen ist freiwillig!

Art der Erkrankung (z.B. Rachen- oder Zungenkrebs): _____

Behandlungsdatum/-zeitraum: _____

Behandlungsort und Klinik: _____

Durchgeführte Behandlungsmethode(n): ☐ Operation ☐ Bestrahlung ☐ Chemotherapie ☐ Kombi-Therapie

☐ Sonstiges, und zwar: _____

Aktueller Status der Erwerbstätigkeit: ☐ Erwerbsminderungsrente ☐ reguläre Rente ☐ berufstätig

Mein(e) erlernter(n) Beruf(e): _____

Aktuell ausgeübter Beruf/Tätigkeit: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Nach der neuen DSGVO-Verordnung, die am 25.05.2018 in Kraft getreten ist, sind wir verpflichtet, Ihr Einverständnis zur Speicherung von personenbezogenen Daten uns bestätigen zu lassen. Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie uns Ihr Einverständnis.

Widerruf der Einwilligung (Art. 7 Abs. 3 DSGVO): Eine Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Dazu reicht bspw. eine formlose E-Mail oder eine Mitteilung per Post an uns. Der Widerruf der Einwilligung beseitigt die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung nicht rückwirkend.

Beitragsordnung und Einzugsermächtigung

Selbsthilfenetzwerk Kopf-Hals-Mund-Krebs e. V.

§ 1 – Mitgliedsbeiträge - Höhe der Beiträge

- (1) Mitgliedsbeitrag für ordentliche Mitglieder beträgt mindestens **30 Euro/Jahr**.
- (2) Mitgliedsbeitrag für finanzielle Fördermitglieder (ohne Stimmrecht) beträgt mind. **60 Euro/Jahr**.
- (3) Bei einer Mitgliedschaft ab 01.07. eines Jahres, halbiert sich der Mitgliedsbeitrag.

§ 2 – Erlass des Mitgliedsbeitrags

- (1) Für Mitglieder mit eingeschränkter finanzieller Leistungsfähigkeit (Bezug von Grundsicherung) kann der Mitgliedsbeitrag auf Antrag erlassen werden.

Ich bin Grundsicherungsempfänger ☐
Der entsprechende Nachweis ist einzureichen.

- (2) Der Vorstand entscheidet über den schriftlich eingebrachten Antrag auf Erlass der Beitragspflicht aus Gründen des § 2, Absatz 1.

§ 3 – Fälligkeit und Zahlungsweise - bitte ankreuzen [Überweisung] **oder** [Einzugsermächtigung]

- (1) Der Mitgliedsbeitrag wird jeweils bis zum 31.03. des Jahres bzw. mit der Annahme des Aufnahmeantrages in voller Höhe fällig.

- (2) Die **Zahlung** des Jahresbeitrages erfolgt bis 31.03. per **Überweisung**

auf das Vereinskonto ☐
Selbsthilfenetzwerk Kopf-Hals-Mund-Krebs e. V.
IBAN: DE19 8005 5500 0201 0289 05
BIC: NOLADE21SES
bei der Salzlandsparkasse

oder Zahlung per **Einzugsermächtigung** (Lastschriftmandat) – siehe unten. ☐

Diese Beitragsordnung wurde am 9. Mai 2026 von der Mitgliederversammlung beschlossen und tritt nach Eintragung im Vereinsregister in Kraft

Einzugsermächtigung – Jahresbeitrag (SEPA-Lastschriftmandat)

Hiermit ermächtige ich das Selbsthilfenetzwerk Kopf-Hals-Mund-Krebs e. V., den jährlichen Mitglieds- bzw. Förderbeitrag von meinem Konto einzuziehen.

Die Einzugsermächtigung können Sie uns per Post an
Selbsthilfenetzwerk Kopf-Hals-Mund Krebs e. V., Thomas-Mann-Straße 40 in 53111 Bonn,
oder per E-Mail an info@kopf-hals-mund-krebs.de schicken.

Mitgliedsbeitrag/Förderbeitrag über Euro von meinem Konto

Kontoinhaber

IBAN

Name der Bank abzubuchen.

.....

Datum Unterschrift Name in Druckbuchstaben