



## 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.

### §1 - Höhe der Beiträge

- (1) Der jährliche Mitgliedsbeitrag für ordentliche Mitglieder beträgt 30 Euro.
- (2) Der jährliche Mitgliedsbeitrag für finanzielle Fördermitglieder beträgt ab 60 Euro.
- (3) Bei Mitgliedschaft ab 1.7. des Jahres halbiert sich der Mitgliedsbeitrag.

### §2 – Ermäßigung

- (1) Für Mitglieder mit eingeschränkter finanzieller Leistungskraft (z.B. Rentner\*in mit Grundsicherung und Bürgergeldempfänger\*in) kann der Mitgliedsbeitrag auf Antrag ermäßigt werden. Nachweise sind bitte einzureichen.

Ich bin Rentner\*in mit Grundsicherung

Ich bin Bürgergeldempfänger \*in

- (2) Der Vorstand entscheidet über den schriftlich eingebrachten Antrag auf Ermäßigung der Beitragspflicht aus Gründen des Absatzes 1.

### §3 – Fälligkeit / Zahlungsweise

- (1) Der Mitgliedsbeitrag wird jeweils bis zum 31.3. des Jahres bzw. mit der Annahme des Aufnahmeantrages in voller Höhe fällig.

- (2) Die Zahlung des Beitrages erfolgt per Überweisung auf das Vereinskonto  
IBAN DE19 8005 5500 0201 0289 05  
BIC NOLADE21SES  
Salzlandsparkasse

oder per Einzugsermächtigung.

Die Beitragsordnung wurde am 27.08.2021 von der Mitgliederversammlung beschlossen.

Die Einzugsermächtigung können Sie uns gerne per Post an Selbsthilfenetzwerk Kopf-Hals-M.U.N.D.-Krebs e.V., Thomas-Mann-Straße 40, 53111 Bonn, per Fax an 0228 – 33 88 92 88 oder per E-Mail an [info@kopf-hals-mund-krebs.de](mailto:info@kopf-hals-mund-krebs.de) schicken.

### Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich dem Netzwerk Kopf-Hals-M.U.N.D.-Krebs e.V., den

Mitgliedsbeitrag/Förderbeitrag über ..... Euro von meinem Konto

Kontoinhaber .....

IBAN .....

Name der Bank .....

abzubuchen.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift                      - Name in Druckbuchstaben