



## Fibromyalgie Verein Bayern e.V.

Fibromyalgie Verein Bayern e.V.  
c/o Claudia Dextl  
Esebeckstraße 17  
80637 München  
claudia.dextl@gmx.de  
Fax: 089/14 903 663

### Antrag auf Mitgliedschaft

#### Argumente für eine Mitgliedschaft

- Eine gute medizinische Versorgung in Bayern
- Kurze Wege zu Entscheidern (kassenärztliche Vereinigung, Ärzte, Therapeuten, Politik)
- Eigenständiger Beirat zur fachlichen Beratung und Begleitung des Vereins
- Projektmöglichkeiten im Verein durch Beirat und Einbindung der Mitglieder
- Kurze Reisewege
- Günstiger Jahresbeitrag
- Persönliche Kontakte

Ja, ich möchte Mitglied werden, ab: \_\_\_\_\_ (Kalenderjahr)

Frau                       Herr

Vorname: ..... Name: .....

geb. am: .....

Straße: ..... PLZ/Ort: .....

Telefon: .....

Mobil: .....

E-Mail: .....

Sie können den Mitgliedsantrag per Post, per Email oder per Fax an uns schicken!

€ 25,00                       freiwilliger jährlicher Beitrag (ab 50 €) \_\_\_\_\_ €

Die Mitgliedschaft gilt für das laufende Kalenderjahr (vom 01.01. bis 31.12.) und verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn nicht 3 Monate vor Jahresende gekündigt wird (bis spätestens 30. September Eingang FVB e.V.). Der Jahresbeitrag ist kalenderjährlich zahlbar. Er wird zu Beginn des Jahres fällig oder sofort nach Eintritt. Der Fibromyalgie Verein Bayern e.V. ist unter der Nr. VR 207100 im Vereinsregister des Amtsgerichts München eingetragen. Der Fibromyalgie Verein Bayern e.V. ist unter der Steuer-Nr. 143/214/32582 beim Finanzamt München als gemeinnütziger Verein anerkannt und ist berechtigt über Zuwendungen im Sinne des § 10 b des Einkommensteuergesetzes Spendenquittungen auszustellen.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Bitte wenden!**



# Fibromyalgie Verein Bayern e.V.

Fibromyalgie Verein Bayern e.V.  
c/o Claudia Dextl  
Esebeckstraße 17  
80637 München  
claudia.dextl@gmx.de  
Fax: 089/14 903 663

**SEPA-Lastschriftmandat Gläubiger-Identifikationsnummer: DE14ZZZ00002008005**  
**Mandatsreferenz: entspricht Ihrer Mitgliedsnummer**

Ich ermächtige den Fibromyalgie Verein Bayern e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Fibromyalgie Verein Bayern e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.  
Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname (Kontoinhaber/Zahler)

\_\_\_\_\_  
Straße und Haus-Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

\_\_\_\_\_  
Name der Bank

**IBAN:**

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber/In

## Datenschutzbestimmungen

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für vereinsinterne Zwecke elektronisch gespeichert und ausschließlich zu Zwecken entsprechend der Vereinssatzung verwendet werden.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Wird von der Geschäftsstelle ausgefüllt!**

**Mitgliedsnummer**

**bearbeitet am**

**zur Bank gegeben**

**17**