

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich bis auf Widerruf meinen Beitritt zum Bundesverband der Clusterkopfschmerz-Selbsthilfe-Gruppen (CSG) e.V.¹⁾

Name _____ Vorname _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ - _____ Fax _____ - _____ Mobiltelefon _____ - _____

Mail-Adr. _____ Internet-Adr. _____

Diese Angaben sind von allen Beitrittswilligen auszufüllen (auch Förderer)

Folgende Angaben sind nur von beitriftswilligen ordentlichen Mitgliedern auszufüllen

Geburtsdatum _____ **Geschlecht:** männlich weiblich inter/divers

Ich bin erkrankt an Clusterkopfschmerz , paroxysmale Hemicranie , SUNCT , SUNA , Hemicrania continua

Ich bin Angehörige(r) eines Clusterkopfschmerz¹⁾-Patienten

Beruf¹⁾ _____

Die vorstehenden Angaben werden von der CSG e.V. ausschließlich zu satzungsgemäßen Zwecken verwendet. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht.

Beitragssätze für ordentliche Mitglieder		Beitragssätze für Förderer	
Betroffene	40,00 € jährlich	min. 75,00 € jährl. / freiwillig auch mehr	
Angehörige	25,00 € jährlich,	Betrag: <input type="text"/>	€
wenn der Betroffene auch Mitglied ist, sonst 40,00 €			

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Das ausgefüllte Formular senden Sie bitte an die CSG-Geschäftsstelle, Clemensstr. 37, 52525 Waldfeucht

¹⁾ Der Begriff „Clusterkopfschmerz“ steht hier stellvertretend für alle trigemino-autonome Kopfschmerzerkrankungen

¹⁾ Angabe freiwillig

Einzugsermächtigung

Hiermit erteile ich dem Bundesverband der Clusterkopfschmerz-Selbsthilfe-Gruppen (CSG) e.V. die widerrufliche Ermächtigung, von meinem Girokonto die fälligen Mitgliedsbeiträge einzuziehen. Ich versichere, dass ich auch der Inhaber des unten genannten Kontos bin. Wenn das angegebene Konto keine ausreichende Deckung aufweist, besteht von Seiten des kontoführenden Instituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

SEPA-Lastschriftmandat Ja Nein

Kontoinhaber:

Name _____ Vorname _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Kreditinstitut _____

BIC _____

IBAN _____

Einzuziehender Betrag:

€

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der CSG 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 Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Unsere Gläubiger-ID: DE60ZZZ00000195605 – Zahlungsart: wiederkehrende Zahlungen

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Die Mitgliedsbeiträge werden dem folgenden Konto gutgeschrieben:
Bundesverband der Clusterkopfschmerz-Selbsthilfe-Gruppen (CSG) e.V. –
Anja Alsleben. BIC: WELADE3WXXX – IBAN: DE77 4015 4530 0003 5403 33

CSG-Vorstand		Registergericht	Finanzamt
Präsident	Dr. Harald Müller	Amtsgericht	FA Ahaus
Vizepräsident	Dirk Jäschke	Düsseldorf	Steuer-Nr.
Schatzmeisterin	Anja Alsleben	Reg.-Nr.: VR 10433	301/586/0560
Generalsekretär	Jakob C. Terhaag		
Die CSG e.V. ist nach der AO berechtigt, Zuwendungsbescheinigungen zu erstellen			