

BEITRITTSERKLÄRUNG

für den Verein **DEBRA Austria, Hilfe bei Epidermolysis bullosa**

- Ich bin selbst von Epidermolysis bullosa (EB) betroffen, über 18 Jahre und möchte ordentliches Mitglied bei DEBRA Austria werden.

Typ der EB: EB simplex EB junktional EB dystroph

- Ich bin Familienangehöriger* einer/s EB-Betroffenen und möchte ordentliches Mitglied bei DEBRA Austria werden.

Name der/des Betroffenen: _____

Geb.-Datum: _____ Typ der EB: _____

- Ich möchte außerordentliches Mitglied bei DEBRA Austria werden und den Verein vor allem mit meinem Mitgliedsbeitrag finanziell unterstützen.

Familienname: _____

Vorname: _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____ Geb.-Datum: _____

Ich zahle den **jährlichen Mitgliedsbeitrag von 30,- Euro**

und eine freiwillige Spende** von jährlich ____ Euro

- per Zahlschein (wird einmal jährlich zugesandt)
 per Dauerauftrag (bitte selbst bei der Hausbank veranlassen)

auf das **DEBRA Austria-Konto AT89 6000 0000 9000 0096** (BIC: OPSKATWW).

Ich stimme zu, dass die von mir angegebenen Daten im Sinne der Ziele der DEBRA Austria verwendet werden. (z.B. für Vereinsinformationen, Newsletter, Jahresbericht) ja nein

Datum: _____

Unterschrift: _____

* Vater, Mutter, Bruder, Schwester, Großvater, Großmutter, Partner, Partnerin, volljähriges Kind (einer/s EB-Betroffenen)

** Spenden an DEBRA Austria sind steuerlich absetzbar, Mitgliedsbeiträge hingegen nicht.