

## Aufnahmeantrag | Änderungsmitteilung | Klinik

Bitte senden Sie dieses Formular gut leserlich ausgefüllt postalisch, per Fax oder als Scan per Email an die

Deutsche Hirnstiftung e.V., Reinhardtstr. 27 C, 10117 Berlin

Mail: [info@hirnstiftung.org](mailto:info@hirnstiftung.org) | Fax: 030/ 531 43 79 39

Optionale Angaben sind mit einem \* gekennzeichnet.

- Ich beantrage hiermit die Mitgliedschaft in der Deutschen Hirnstiftung e. V.
- Ich bin bereits Mitglied der Deutschen Hirnstiftung e. V. und bitte um Änderung der gespeicherten Daten.

### Angaben der Einrichtung

\_\_\_\_\_  
Name der Einrichtung

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
ggf. Adresszusatz wie „c/o“

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Land (falls nicht Deutschland)

\_\_\_\_\_  
Repräsentant\*in der Einrichtung in der Mitgliederversammlung

\_\_\_\_\_  
Titel\*

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Email-Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefon

Der Mitgliedsbeitrag beträgt 500 Euro pro Jahr. Ich möchte die Rechnung über den Mitgliedsbeitrag auf diesem Weg erhalten:

- per Post
- per Email
- Ich nehme am Lastschriftverfahren teil (Seite 2)

Der Newsletter und die Mitgliederzeitschrift enthalten u. a Informationen zu Diagnose, Behandlung, Vor- und Nachsorge neurologischer Erkrankungen. In der Mitgliederzeitschrift finden Sie außerdem mitgliedsbezogene und vereinsinterne Beiträge.

Ich wünsche die Zusendung

- der Newsletter per Email\*
- der Mitgliederzeitschrift\*  per Post  per Email

Meine Einwilligung zur Zusendung der Mitgliederzeitschrift und/oder des Newsletters kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft, z. B. mit einer E-Mail an [info@hirnstiftung.org](mailto:info@hirnstiftung.org) widerrufen.

Hinweise zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten finde ich hier: [info@hirnstiftung.org](mailto:info@hirnstiftung.org)

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift Repräsentant\*in

## Einzugsermächtigung für ein Lastschriftmandat (wiederkehrende Zahlung)<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Nur gültig für Zahlungen aus dem SEPA-Bereich (Einheitlicher Euro-Zahlungsverkehrsraum).

Hiermit ermächtige ich,

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Vorname

die Deutsche Hirnstiftung e. V., c/o DGN e. V., Reinhardtstr. 27 C, 10117 Berlin, Deutschland, Gläubiger-Identifikationsnummer DE76ZZZ00002273445 widerruflich, die als Mitgliedsbeitrag jährlich zu leistenden Zahlungen bei Fälligkeit im Lastschriftverfahren von meinem Konto abzubuchen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Hirnstiftung e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 500 Euro pro Jahr.

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

Sollte das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweisen, so besteht von Seiten des Geldinstituts (s.o.) keine Verpflichtung zur Einlösung. Über Änderungen der Adresse oder Änderungen beim kontoführenden Geldinstitut werde ich die Deutsche Hirnstiftung e. V. unverzüglich informieren. 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. Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mir die Mandatsreferenz-Nr. gesondert mitgeteilt.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers