

SELBSTHILFEGRUPPE  
SCHLAGANFALLBETROFFENER IN WEIDEN  
UND UMGEBUNG E.V.

# Mitgliedsantrag

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Selbsthilfegruppe Schlaganfallbetroffener Weiden und Umgebung e.V. mit Wirkung vom .....

- ordentliches Mitglied  
 Fördermitglied (nicht stimmberechtigt)

Name ..... Vorname .....  
Straße ..... Geburtstag .....  
Postleitzahl ..... Wohnort .....  
Tel./Handy ..... Whats App Gruppe ja  nein   
E-Mail .....  
Betroffener  Angehöriger  Rollstuhlfahrer  Behinderung

## Jahresbeitrag jährlich 30,00 Euro

Bei Beitritt nach dem 1.Quartal wird der Jahresbeitrag sofort fällig.  
Die Kündigung der Mitgliedschaft ist mit einer Kündigungsfrist von einem Monat zum Jahresende möglich.

## Haftungsausschlußklärung

Die Vereinshaftpflichtversicherung übernimmt keine Schäden, die bei Zusammenkünften und Veranstaltungen (z. B. Mitgliedsversammlungen, Workshops, Ausflügen usw.) entstehen. Es handelt sich hierbei um einen Eigenschaden – das Risiko trägt jeweils das Mitglied bzw. der Veranstaltungsteilnehmer selbst.  
Der Bayerische Verband Schlaganfallbetroffener e.V. kann nicht haftbar gemacht werden.

Ort, Datum ..... Unterschrift .....

## Datenschutz

Mit der Speicherung (EDV) Übermittlung und Verarbeitung meiner Personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten zu erhalten.  
Ort, Datum ..... Unterschrift .....



**SELBSTHILFEGRUPPE  
SCHLAGANFALLBETROFFENER IN WEIDEN  
UND UMGEBUNG E.V.**

Liebe Mitglieder,

**Wir bitten, den Jahresbeitrag in Höhe von 30,00 Euro  
pro Mitglied im Januar, auf unser Konto bei der**

**Sparkasse Oberpfalz Nord  
DE 1075 5350 0000 0095 55350  
BYLADEM1WEN**

**zu überweisen.**

**Kontakt Daten der Gruppe**

**Maria Kämpf Vorsitzende  
Tel. 0178 437 8433**

**Elisabeth Zeiler stellv. Vorsitzende  
Tel. 0170 891 7123**

