



## Antrag auf Mitgliedschaft

- als ordentliches Mitglied  
(Ich bin an Endometriose erkrankt.)
- als außerordentliches Mitglied  
(z.B. Partner\*innen und andere Unterstützer\*innen)
- als förderndes Mitglied (Institutionen oder Personen, z.B. Endometriosezentren und Gynäkolog\*innen; eine Fördermitgliedschaft beinhaltet die Nennung auf der Webseite des Vereins)

Vorname\*: \_\_\_\_\_ Nachname/Titel\*: \_\_\_\_\_  
bzw. Institution bei Fördermitgliedschaft

Straße, Nr.\*: \_\_\_\_\_ PLZ Wohnort\*: \_\_\_\_\_

Bundesland\*: \_\_\_\_\_ Tel-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail\*: \_\_\_\_\_ Institution/Beruf: \_\_\_\_\_  
Angabe bei Fördermitgliedschaft erforderlich

Geb.-Datum\*: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Ich bin Partner\*in oder Angehörige\*r von: \_\_\_\_\_

### Ich möchte den Newsletters und Neuigkeiten der Endometriose-Vereinigung per E-Mail erhalten.

- ja  Nein

### Datenschutz

Die Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. verarbeitet und nutzt Ihre Daten für die Erfüllung der Vereinsziele und zur Betreuung im Rahmen der Mitgliedschaft (z.B. für die Mitgliedsbeiträge oder für das Versenden der Einladungen zur Mitgliederversammlung und des Newsletters) und teilt sie darüber hinaus nicht mit Dritten. Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie der satzungsgemäßen Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten zu und bestätigen die Kenntnisnahme der Datenschutzerklärung auf unserer Webseite.

### Mitgliedsbeitrag

Der Mindestbeitrag für ordentliche und außerordentliche Mitglieder beträgt 60,00 Euro je Kalenderjahr. Für Angehörige, Ehe- oder Lebenspartner\*innen von bestehenden Mitgliedern beträgt der Mindestbeitrag 30,00 Euro je Kalenderjahr. Der Mindestbeitrag für fördernde Mitglieder beträgt 250,00 Euro je Kalenderjahr.

Nach eigenem Ermessen kann sich jedes Mitglied für einen höheren Mitgliedsbeitrag entscheiden.

**Ich zahle einen Mitgliedsbeitrag von \_\_\_\_\_ Euro\* pro Kalenderjahr durch:**

- Lastschriftverfahren

Ich berechne die Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. den Jahresbeitrag von meinem Konto bis zum 31. März jeden Jahres mittels Lastschrift einzuziehen. Im ersten Jahr wird der Betrag innerhalb von vier Wochen nach Eingang dieses Antrags abgebucht.

IBAN: \_\_\_\_\_ Kontoinhaber\*in: \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. an.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller\*in  
und ggf. Kontoinhaber\*in