



**Deutscher Patienten Schutzbund
Landesverband NRW e. V.**

Hubertusstraße 1A
(Pfarrscheune)
41541 Dormagen
Tel.: 0 21 33 / 4 67 53
Fax: 0 21 33 / 24 49 55
www.dpsb.de
eMail: info@dpsb.de

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum
DPSB Deutscher Patienten Schutzbund e.V. - Landesverband NRW

Der Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich **50,00 €** und ist steuerlich abzugsfähig. Ein freiwillig höherer Beitrag oder Spende hilft dabei, die erklärten Aufgaben und Ziele des DPSB tatkräftig zu unterstützen und zu fördern. Der Mitgliedsbeitrag wird jeweils in Höhe von **25,00 €** zum **01. Februar** und zum **01. August** eines Kalenderjahres fällig und wird erhoben. Bei Erteilung einer Einzugsermächtigung wird der jeweils fällige Halbjahresbeitrag nach erfolgtem Beitritt eingezogen. Die Kündigung der Mitgliedschaft im Laufe des letzten Quartals zum Jahresende in schriftlicher Form möglich. Eine Rückerstattung bereits geleisteter Beiträge erfolgt nicht.

Vorstand, Mitarbeiter und Helfer unserer Selbsthilfegemeinschaft stehen täglich mit hohem persönlichem Einsatz unseren behandlungsgeschädigten Vereinsmitgliedern verständnisvoll zur Verfügung. Im Falle eines Prozessserfolges würden wir uns darüber freuen, wenn Sie unsere uneigennützige Vereinsarbeit durch eine Spende, die Mitbetroffenen zugute kommt, unterstützen.

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße: _____
PLZ: _____ Ort: _____
Telefon: _____ Fax: _____
E-Mail: _____ Beruf: _____

_____ den _____
Ort Datum

Unterschrift

Vereins- und Spendenkonto:
Sparkasse Neuss BLZ 305 500 00 Konto 800 896 18
IBAN: DE77 3055 0000 0080 0896 18 BIC: WELADEDNXXX



**Deutscher Patienten Schutzbund
Landesverband NRW e. V.**

Hubertusstraße 1A
(Pfarrscheune)
41541 Dormagen
Tel.: 0 21 33 / 4 67 53
Fax: 0 21 33 / 24 49 55
www.dpsb.de
eMail: info@dpsb.de

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den Deutschen Patienten Schutzbund e.V. DPSB widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beitragszahlungen zu Lasten meines Girokontos mittels Lastschrift einzuziehen.

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Bankverbindung

Geldinstitut: _____

Bankleitzahl: _____ Konto-Nr.: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des Kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

_____ den _____
Ort Datum

Unterschrift

Deutscher Patienten Schutzbund e.V.
LV Nordrhein-Westfalen
Hubertusstraße 1A
(Pfarrscheune)
41541 Dormagen
Tel.: 0 21 33 – 4 67 53
IBAN: **DE77 3055 0000 0080 0896 18**

Spendenkonto
DPSB e.V.

Sparkasse Neuss
BLZ 305 500 00
Konto: 800 896 18
BIC: **WELADEDNXXX**

Vorsitzender:
Wolfgang Thürmer

www.dpsb.de
info@dpsb.de