

SoMA Antrag auf Mitgliedschaft



Bitte füllen Sie den Antrag digital oder in Druckschrift aus und schicken

Sie ihn unterschrieben per Post an: SoMA e.V., Blombergstr. 9, 81825 München
oder eingescannt per E-Mail an: mail@soma-ev.de

I. Persönliche Daten: Bitte füllen Sie den zutreffenden Bereich aus

☐ Ich bin selbst betroffen und über 18 Jahre alt

Vorname, Nachname

Geburtsdatum

PLZ, Ort

Telefon

Straße & Hausnummer

E-Mail

Ich bin betroffen von:

☐ Anorektale Malformation (ARM)
☐ Kloakale Fehlbildung

☐ Morbus Hirschsprung (MH)
☐ Zuelzer-Wilson-Syndrom

☐ Kloakenekstrophie (KE)

☐ Ich bin/wir sind Eltern/Sorgeberechtigte(r) eines betroffenen Kindes

Mein/unser Kind
ist betroffen von:

☐ Anorektale Malformation (ARM)
☐ Kloakale Fehlbildung

☐ Morbus Hirschsprung (MH)
☐ Zuelzer-Wilson-Syndrom

☐ Kloakenekstrophie (KE)

Vorname, Nachname
des Kindes

Geburtsdatum
des Kindes

I. Elternteil und/oder Sorgeberechtigte(r):

Optional: 2. Elternteil und/oder Sorgeberechtigte(r):

Vorname, Nachname

Vorname, Nachname

Geburtsdatum

Geburtsdatum

PLZ, Ort

PLZ, Ort

Straße & Hausnummer

Straße & Hausnummer

Telefon

Telefon

E-Mail

E-Mail

☐ Ich bin Partner(in)/Familienangehörige(r) einer betroffenen Person und möchte ordentliches Mitglied werden.

Vorname, Nachname

Geburtsdatum

PLZ, Ort

Telefon

Straße & Hausnummer

E-Mail

Mein/e* _____

☐ Anorektale Malformation (ARM)
☐ Kloakale Fehlbildung

☐ Morbus Hirschsprung (MH)
☐ Zuelzer-Wilson-Syndrom

☐ Kloakenekstrophie (KE)

*Verhältnis zu der betroffenen Person

Vorname, Nachname
des/der Betroffenen

Geburtsdatum
des/der Betroffenen

2. Mitgliedsbeitrag, Versand der Vereinspost, weitere Formalien

Jährlicher Mitgliedsbeitrag

- ☐ 120 Euro (regulärer Beitrag)
- ☐ Freiwilliger höherer Betrag: _____ (mehr als 120 Euro)
- ☐ 50 Euro (ermäßigter Beitrag für Betroffene zw. 18 und 25 Jahren). Alter: _____

bzw. weil: _____

(z.B. Ausbildung, Studium, alleinerziehend oder arbeitssuchend). Bitte Beleg oder Erläuterung beifügen.

- ☐ Beitragsbefreiung aufgrund finanzieller Notlage (z.B. Bürgergeld, kein Einkommen). Bitte Beleg beifügen.

Ich möchte meine Vereinspost erhalten

- ☐ per E-Mail
(Bitte senden Sie die SoMA Mitgliederpost, wie Einladungen, Protokolle, SoMAGAZIN etc. an meine E-Mail-Adresse.)
- ☐ per E-Mail **plus** SoMAGAZIN per Post

Weitere Formalien

Die Mitgliedschaft läuft unbefristet und kann durch schriftliche Erklärung zum Ende eines Kalenderjahres für das darauffolgende Kalenderjahr gekündigt werden.

Der Jahresbeitrag wird via SEPA-Lastschrift innerhalb von 14 Tagen nach Eintritt eingezogen, in den Folgejahren jeweils am ersten Werktag im Februar.

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die Satzung des Vereins SoMA e.V. Für alle Fragen zur Vereinsmitgliedschaft wende ich mich an SoMA e.V., Blombergstraße 9, 81825 München, E-Mail: mail@soma-ev.de, Tel. 089 14904262.

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Selbsthilfeorganisation für Menschen mit Anorektal-Fehlbildungen SoMA e.V.:

Ort, Datum

Unterschrift

3. Freiwillige Angaben

Herkunftsland der/des Betroffenen/der Eltern – Muttersprache:
(Möglichkeit der Kontaktherstellung zu gleichsprachigen Mitgliedern)

Beruf(e) Vater – Mutter – Betroffene/r: _____

Hilfe für SoMA e.V. – Vorschlag zur Unterstützung des Vereins

Ich kann helfen bei/Kontakte herstellen zu: _____

Kontakt zu SoMA erhielt ich über/durch: _____

4. Einwilligungserklärung und Ihre Rechte. Bitte nach Wunsch ankreuzen und unterschreiben.

Einwilligungserklärung

Die folgende Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Sollten Sie sich entscheiden, uns keine Einwilligung zu geben, entstehen Ihnen daraus keine Nachteile.

Mitgliederliste:

- ☐ Ja, ich bin damit einverstanden, dass Angaben zu Name, Adresse, Mail/Telefon, Geburtsdatum und Art der Fehlbildung anderen Mitgliedern von SoMA e.V. bekannt gegeben werden und in der Mitgliederliste von SoMA e.V., die nur den Mitgliedern der SoMA zugänglich gemacht wird, erscheinen dürfen.

Die Mitgliederliste ist im SoMA Mitgliederportal passwortgeschützt nur Mitgliedern der SoMA zugänglich (nicht Fördermitgliedern).

Die Nutzung der Mitgliederliste ist nur zum satzungsgemäßen Gebrauch bestimmt (Erfahrungs- und Informationsaustausch). Jedwede Nutzung der Adressliste für private oder wirtschaftliche Zwecke ist untersagt.

Vorname

Name

Ort, Datum

Unterschrift

Ihre Rechte

Sie haben gegenüber SoMA e.V. folgende Rechte hinsichtlich der Sie betreffenden personenbezogenen Daten:

Recht auf Auskunft, Recht auf Berichtigung oder Löschung, Recht auf Einschränkung der Verarbeitung,

Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung sowie Recht auf Datenübertragbarkeit.

Zudem haben Sie das Recht, sich bei einer Datenschutz-Aufsichtsbehörde über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns zu beschweren.

Die oben gegebenen Einwilligungen können jederzeit, auch einzeln und ohne Angaben von Gründen widerrufen werden.

Mehr Informationen zum Datenschutz von SoMA e.V. finden Sie unter

<https://soma-ev.de/service-seiten/rechtliches/datenschutz>

sowie auf dem Infoblatt zum Datenschutz, das Sie bereits mit Aussendung der Informationsunterlagen erhalten haben und das ebenfalls mit dem Begrüßungsbrief zur Mitgliedschaft an Sie verschickt wird.

Verantwortliche Stelle – Datenverarbeitung:

Die verantwortliche Stelle für die Datenverarbeitung ist:

SoMA e.V., Annette Lemli (1. Vorsitzende), Geschäftsstelle: Blombergstr. 9 in 81825 München

Telefon: +49 (0)89 14904262, Fax: +49 (0)89 14904263, E-Mail: annette.lemli@soma-ev.de

5. Einzugsermächtigung via SEPA-Lastschriftmandat

SEPA-Lastschriftmandat

☐ Um den Verwaltungsaufwand der SoMA e.V. so gering, wie möglich zu halten, stimme ich einem Bankeinzug zu.

Mandatsreferenznummer: _____
(wird von SoMA e.V. eingetragen und Ihnen mitgeteilt.)

Zahlungsempfänger:
SoMA e.V., Blombergstraße 9, 81825 München, Gläubiger-Identifikationsnummer DE13ZZZ00000369305

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Verein SoMA e.V., VR 201 252, den jeweiligen Mitgliedsbeitrag von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen und erkläre mich mit der Zahlungsart des wiederkehrenden Einzugs einverstanden.

Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der SoMA e.V. auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut _____

IBAN _____

BIC _____

Vorname, Nachname _____

PLZ, Ort _____

Straße & Hausnummer _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____



Bitte schicken Sie den Mitgliedsantrag an SoMA e.V., Blombergstraße 9, 81825 München
oder an mail@soma-ev.de. DANKE!