



Bundesverband für PFFD, FFU,
Fibula- und Tibiadefekte e.V.

Postfach 52 04 22
22594 Hamburg

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage(n) ich/wir die Mitgliedschaft im
„Bundesverband für PFFD, FFU, Fibula- und Tibiadefekte e.V.“ als

- Ordentliches Mitglied** (selbst betroffen ab vollendetem 12. Lebensjahr oder
erziehungsberechtigt bzw. verwandt 1. oder 2. Grades mit einer/m Betroffenen)

Übersicht der Jahresbeiträge¹⁾ für ordentliche Mitglieder:

- | | jährlich |
|--|------------------|
| <input type="checkbox"/> Einzelmitglied | 30,00 € |
| <input type="checkbox"/> Einzelmitglied, ermäßigt ²⁾ (Schüler/in oder Student/in) | 20,00 € |
| <input type="checkbox"/> Familien ³⁾ (2 Mitglieder) | 50,00 € |
| ▪ jedes weitere Mitglied | + 10,00 € |
| <input type="checkbox"/> Ich/Wir möchte/n einen höheren Beitrag von insgesamt _____ bezahlen | |

- Förderndes Mitglied** (keine Stimmberechtigung)

Jahresbeitrag¹⁾ (ab 20,00 €): _____ (bitte selbst eintragen)

¹⁾ Der Beitrag wird ausschließlich jährlich entrichtet.

²⁾ Eine Ermäßigung wird Schüler/innen und Mitgliedern, die sich noch in der Ausbildung bzw. im Studium befinden gewährt.
Bitte Nachweis beifügen.

³⁾ Eine Familienmitgliedschaft kann nur für Personen desselben Haushaltes beantragt werden.

⁴⁾ Fördernde Mitglieder können die Höhe des Jahresbeitrages selbst festlegen.

Bei einem Vereinsbeitritt nach dem 30. Juni eines Jahres, kann ein Rabatt von 50 % auf den Jahresbeitrag gewährt werden.

Es gilt verbindlich das Lastschriftverfahren.

Mahngebühren und Gebühren für Rücklastschriften werden erhoben.

Der Mitgliedsbeitrag ist steuerlich absetzbar.

Die Höhe der Jahresbeiträge für Mitglieder kann durch die Mitgliederversammlung geändert werden.



**Bundesverband für PFFD, FFU,
Fibula- und Tibiadefekte e.V.**
Postfach 52 04 22
22594 Hamburg
Deutschland

Vereinskonto
IBAN: DE19 2005 0550 1501 8959 89
BIC: HASPDEHHXXX
Hamburger Sparkasse

Telefon: +49(0)40 18 22 88 15
E-Mail: info@bupft.de
Homepage: www.bupft.de

Amtsgericht Hamburg VR 24774



**Daten der Antragstellerin / des Antragstellers
(erst ab vollendetem 12. Lebensjahr):**

Frau Herr keine Angabe

Name	Vorname	Titel
------	---------	-------

Straße und Hausnummer

PLZ	Ort	Land
-----	-----	------

E-Mail	Geburtsdatum
--------	--------------

Telefon (Festnetz)	Telefon (Mobil)
--------------------	-----------------

Wir beantragen eine Familien-Mitgliedschaft mit folgenden weiteren Familienmitgliedern
(erst ab vollendetem 12. Lebensjahr) desselben Haushaltes (für diese Familienmitglieder ist
ein Mitgliedsbeitrag fällig):

Name, Vorname	Geburtsdatum	eigene E-Mail





Angaben zur Fehlbildung des betroffenen Familienmitgliedes:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Verwandtschaftsverhältnis: der/die Betroffene ist mein/meine: _____

- Fehlbildung/en:**
- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> PFFD | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> FFU | <input type="checkbox"/> Arm/Hand links | <input type="checkbox"/> Arm/Hand rechts |
| <input type="checkbox"/> Fibulaaplasie | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Fibulahypoplasie | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Tibiaaplasie | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Tibiahypoplasie | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts |

Anzahl der Zehen

links:

rechts:

Weitere Angaben:

Zusätzliche Angaben eines Erziehungsberechtigten bei minderjährigen Antragstellern:

- Frau Herr keine Angabe

Name _____ Vorname _____ Titel _____

Straße und Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____ Land _____

E-Mail _____ Geburtsdatum _____

Telefon (Festnetz) _____ Telefon (Mobil) _____



Weitere Angaben/Informationen:



Über die Aufnahme entscheidet der Vorstand. Die Aufnahmebestätigung erfolgt schriftlich (per Mail). Der erste Vereinsbeitrag wird innerhalb von vier Wochen nach Eingang der Aufnahmebestätigung fällig.

Ort, Datum

Unterschrift (Erziehungsberechtigte/r)

Einwilligungserklärung

Hiermit willige ich in die elektronische Datenverwaltung der personenbezogenen Daten ein, die in dieser Beitrittserklärung erhoben werden. Die personenbezogenen Daten schließen die Angabe zur Fehlbildung mit ein. Die Verwaltung der personenbezogenen Daten dient ausschließlich der Mitgliederverwaltung und der Erfüllung von Zweck und Aufgaben des Bundesverbandes für PFFD, FFU, Fibula- und Tibiadefekte e.V. (gem. Satzung, § 2 und § 17).

Der Schutz meiner personenbezogenen Daten ist in § 17 der Satzung des Bundesverbandes für PFFD, FFU, Fibula- und Tibiadefekte e.V. geregelt und beruht auf dem Bundesdatenschutzgesetz und der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO).

Die Vereinssatzung habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Daten ausschließlich an Mitglieder zwecks Erfahrungsaustausches weitergeben werden dürfen. Gleichzeitig verpflichte ich mich, Daten von Vereinsmitgliedern nicht an Dritte außerhalb des Vereins unbefugt weiterzugeben.

Ich kann diese Einwilligung jederzeit widerrufen.

Ort, Datum

Name, Vorname

Unterschrift
(Erziehungsberechtigte/r)

Bitte senden Sie den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Aufnahmeantrag zusammen mit dem SEPA-Lastschriftmandat (verbindlich, siehe folgende Seite) an unser Postfach bzw. eingescannt an unsere Mailadresse.



**Bundesverband für PFFD, FFU,
Fibula- und Tibiadefekte e.V.**
Postfach 52 04 22
22594 Hamburg
Deutschland

Vereinskonto
IBAN: DE19 2005 0550 1501 8959 89
BIC: HASPDEHHXXX
Hamburger Sparkasse

Telefon: +49(0)40 18 22 88 15
E-Mail: info@bupft.de
Homepage: www.bupft.de

Amtsgericht Hamburg VR 24774



SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Bundesverband für PFFD, FFU,
Fibula- und Tibiadefekte e.V.
Postfach 52 04 22
22594 Hamburg

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE57ZZZ00002429569

Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Ich/wir ermächtige/n den Bundesverband für PFFD, FFU, Fibula- und Tibiadefekte e.V., den Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit (bzw. am Jahresanfang) mittels Lastschrift von meinem/ unserem Konto einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Bundesverband für PFFD, FFU, Fibula- und Tibiadefekte e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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.

Zahlungsart Wiederkehrende Zahlung

Kontoinhaber/in

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Bank

IBAN

BIC

Ort

Datum

Unterschrift (Erziehungsberechtigte/r)

Rabatt erwünscht (bei Antragsdatum nach dem 1. Juli)



**Bundesverband für PFFD, FFU,
Fibula- und Tibiadefekte e.V.**
Postfach 52 04 22
22594 Hamburg
Deutschland

Vereinskonto
IBAN: DE19 2005 0550 1501 8959 89
BIC: HASPDEHHXXX
Hamburger Sparkasse

Telefon: +49(0)40 18 22 88 15
E-Mail: info@bupft.de
Homepage: www.bupft.de

Amtsgericht Hamburg VR 24774