

## Beitrittserklärung

Wir / ich möchte(n) Mitglied bei Pro Rare Austria, Allianz für seltene Erkrankungen werden.

Bezeichnung der seltenen Erkrankung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ICD-10 Code: \_\_\_\_\_

Name der **Patienten- / Selbsthilfegruppe**: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kontaktperson / Funktion: \_\_\_\_\_ ZVR-Zahl: \_\_\_\_\_

Name der **Einzelperson**: \_\_\_\_\_

Name des **Dachverbandes**: \_\_\_\_\_

Kontaktperson / Funktion: \_\_\_\_\_ ZVR-Zahl: \_\_\_\_\_

Adresse (Straße, PLZ, Ort): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Homepage: \_\_\_\_\_

Ich möchte als

- |   |                         |               |
|---|-------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> ordentliches Mitglied (Verein) beitreten:            | Mitgliedsbeitrag        | € 50,- / Jahr |
| <input type="checkbox"/> ordentliches Mitglied (Einzelperson) beitreten:      | Mitgliedsbeitrag        | € 20,- / Jahr |
| <input type="checkbox"/> außerordentliches Mitglied (Verein) beitreten:       | Mitgliedsbeitrag        | € 50,- / Jahr |
| <input type="checkbox"/> außerordentliches Mitglied (Einzelperson) beitreten: | Mitgliedsbeitrag        | € 20,- / Jahr |
| <input type="checkbox"/> Fördermitglied beitreten:                            | Mindestmitgliedsbeitrag | €350,- / Jahr |

Ich habe die Statuten von Pro Rare Austria, Allianz für seltene Erkrankungen zur Kenntnis genommen und zahle den für uns / mich gültigen Mitgliedsbeitrag von \_\_\_\_\_ Euro jährlich per Erlagschein ein.

(Raiffeisen Bank, IBAN: AT30 3258 5000 0101 5700, Zahlschein wird einmal jährlich zugesandt).

Ich stimme zu, dass die angegebenen Daten im Sinne der Ziele von Pro Rare Austria verwendet werden dürfen.

ja  nein

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_