

**Niemann-Pick Selbsthilfegruppe e. V.**  
Hindenburgstr. 25/2  
71106 Magstadt



## Antrag auf Einzelmitgliedschaft

Ich beantrage hiermit die Einzelmitgliedschaft in der Niemann-Pick Selbsthilfegruppe e. V.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Strasse / Haus Nr. Postleitzahl / Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon Email

\_\_\_\_\_  
Angaben zu Kindern (Vorname, Geburtsdatum NP Typ oder gesund)

\_\_\_\_\_  
Angaben zu Kindern (Vorname, Geburtsdatum NP Typ oder gesund)

Wir bitten um folgende Angaben (bitte Zutreffendes ankreuzen)

- Ich bin Betroffene(r)      Diagnose im Jahr \_\_\_\_\_
- Ja, ich bin damit einverstanden, dass meine Adresse in die NP-Patientenliste aufgenommen wird.
- Ich bin Vater/Mutter     Angehörige/r     Freund     Bekannte/r eines/r Betroffenen
- Ich bin Interessierte/r und möchte die NP-ShG mit meiner Mitgliedschaft unterstützen.

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift

### Einzugsermächtigung

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Kontoinhabers

Bankverbindung: \_\_\_\_\_

Mitgliedsbeitrag 60.- €

Kontonummer : \_\_\_\_\_

Institut : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift

**Niemann-Pick Selbsthilfegruppe - Sparda-Bank Südwest e. G. - BLZ: 550 905 00 Konto-Nr.: 5145236**

Auch Spenden auf das hier genannte Konto sind natürlich jederzeit willkommen.

Ab 100,-€ wird eine Spenden-Quittung ausgestellt, die steuerlich absetzbar ist.

## Niemann-Pick Selbsthilfegruppe e. V.

Hindenburgstr. 25/2  
71106 Magstadt



Sehr geehrtes Mitglied,

die Weitergabe der Adresdaten erfolgt **ausschließlich an Mitglieder** des Vereins z. B. zum Zwecke des Erfahrungsaustausches. Wir geben Ihre Daten jedoch erst **nach Ihrer Freigabe** weiter. Daher ist die Information, ob Sie dies wünschen, sehr wichtig für uns!

Wir versichern Ihnen, dass wir Ihre Daten höchst vertraulich behandeln! Sie können diese Erklärung jederzeit widerrufen. Bitte senden Sie uns dieses ausgefüllte Blatt zusammen mit Ihrer Beitrittserklärung – auch wenn Sie KEINE Weitergabe wünschen sollten. Vielen Dank.

Der Vorstand

### Datenfreigabe / Einverständniserklärung

---

Name, Vorname

---

Name, Vorname

- Ja**, ich/wir bin/sind mit der Speicherung und **uneingeschränkten Datenweitergabe** meiner/unserer Adresse, Telefon- und Faxnummer, Emailadresse und des NP-Typs der Erkrankung **an Vereinsmitglieder** einverstanden.
- Ja**, ich/wir bin/sind grundsätzlich mit der Speicherung und Datenweitergabe meiner/unserer Adresse, Telefon- und Faxnummer, Emailadresse und des NP-Typs der Erkrankung an Vereinsmitglieder einverstanden, habe/n aber folgende **Einschränkung**:

- 
- Nein**, ich/wir bin/sind **nicht** mit der uneingeschränkten Datenweitergabe meiner/unserer Adresse, Telefon- und Faxnummer, Emailadresse und des NP-Typs der Erkrankung an Vereinsmitglieder einverstanden:

Datum \_\_\_\_\_

---

**Unterschrift beider Elternteile**

**Adresse der Geschäftsstelle / Kontaktadresse:**

**Niemann-Pick Selbsthilfegruppe e. V.**  
71106 Magstadt  
Hindenburgstr. 25/2

Telefon/Fax.: 07159 / 43969  
Email: [info@Niemann-Pick.de](mailto:info@Niemann-Pick.de)  
Internet: <http://www.Niemann-Pick.de>