



BEITRITTSERKLÄRUNG

Art der Mitgliedschaft: Einzelmitglied Haushaltsgemeinschaft Fördermitglied

Ansprechperson:

(Firmen-)Name: Vorname: geb. am:

Straße, Haus-Nr.:

PLZ: Wohnort: weiblich männlich divers keine Angabe

Ich/Wir erkläre(en) mich/uns hiermit bereit, Mitglied(er) der Deutschen Hämophiliegesellschaft (DHG) e.V. zu werden und den Jahresbeitrag von 48 Euro zu zahlen, die Einzugsermächtigung ausgefüllt und unterschrieben an die Geschäftsstelle der DHG zu senden. Die Zahlung des Mitgliedsbeitrag erfolgt ausschließlich per Lastschriftzug.

Datum: Unterschrift:

Freiwillige Angaben: Wir möchten Sie gerne, z.B. bei Medikamenten-Rückrufen, schnell informieren.

Telefon: Mobil: E-Mail-Adresse:

Bitte für die o.g. Ansprechperson ausfüllen!

Art der Betroffenheit:

- selbst Betroffene/r Angehörige/r (z.B. Partner/-in, Großeltern, Geschwister, Kind, etc.)
 ärztliches Fachpersonal sonst. medizinischer Beruf sonstige (z.B. Pharma)

Art der Blutgerinnungsstörung

- Faktor I II V V + VIII VII VIII IX X XI XIII Mangel
Fibrinogen Prothrombin Hämophilie A Hämophilie B
 Bernard-Soulier Glanzmann-Thrombasthenie ITP TTP von Willebrand-Erkrankung, Typ:
 Konduktorin / Frau mit Blutgerinnungsstörung ohne mit Symptomen / behandlungsbedürftig
 andere Blutgerinnungsstörung

DATENSCHUTZERKLÄRUNG UND WIDERRUFSRECHT

Unsere Datenschutzerklärung finden Sie auf der DHG-Homepage unter dhg.de/datenschutz. Wir senden Ihnen diese zusammen mit der Bestätigung der Mitgliedschaft in Papierform zu. Sie können die Mitgliedschaft innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt der schriftlichen Bestätigung widerrufen. Um Ihr Widerrufsrecht auszuüben, müssen Sie uns (Deutsche Hämophiliegesellschaft e.V., Neumann-Reichardt-Str. 34, 22041 Hamburg dhg@dhg.de) schriftlich über Ihren Widerruf informieren.

ERTEILUNG EINES SEPA-LASTSCHRIFTMANDATS

Ich ermächtige/Wir ermächtigen (A) die Deutsche Hämophiliegesellschaft e. V., Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Deutschen Hämophiliegesellschaft e. V. auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/-in):

IBAN des Zahlungspflichtigen:

BIC:

Ort, Datum

Unterschrift(en) des/der Kontoinhabers/Kontoinhaberin



Weitere(s) Mitglied(er) in der Haushaltsgemeinschaft: Nach aktueller und gültiger Beitragsordnung und wohnhaft unter der o.g. Adresse!

weiblich männlich divers keine Angabe

Name: Vorname: geb. am:

Telefon: Mobil: E-Mail-Adresse:

Art der Betroffenheit:

selbst Betroffene/r Angehörige/r (z.B. Partner/-in, Großeltern, Geschwister, Kind, etc.)

ärztliches Fachpersonal sonst. medizinischer Beruf sonstige (z.B. Pharma)

Art der Blutgerinnungsstörung

Faktor I II V V + VIII VII VIII IX X XI XIII Mangel
Fibrinogen Prothrombin Hämophilie A Hämophilie B

Bernard-Soulier Glanzmann-Thrombasthenie ITP TTP von Willebrand-Erkrankung, Typ:

Konduktorin / Frau mit Blutgerinnungsstörung ohne mit Symptomen / behandlungsbedürftig

andere Blutgerinnungsstörung

Datum: Unterschrift: ab 18 Jahren: Unterschrift des Haushaltsmitglieds notwendig!

weiblich männlich divers keine Angabe

Name: Vorname: geb. am:

Telefon: Mobil: E-Mail-Adresse:

Art der Betroffenheit:

selbst Betroffene/r Angehörige/r (z.B. Partner/-in, Großeltern, Geschwister, Kind, etc.)

ärztliches Fachpersonal sonst. medizinischer Beruf sonstige (z.B. Pharma)

Art der Blutgerinnungsstörung

Faktor I II V V + VIII VII VIII IX X XI XIII Mangel
Fibrinogen Prothrombin Hämophilie A Hämophilie B

Bernard-Soulier Glanzmann-Thrombasthenie ITP TTP von Willebrand-Erkrankung, Typ:

Konduktorin / Frau mit Blutgerinnungsstörung ohne mit Symptomen / behandlungsbedürftig

andere Blutgerinnungsstörung

Datum: Unterschrift: ab 18 Jahren: Unterschrift des Haushaltsmitglieds notwendig!

weiblich männlich divers keine Angabe

Name: Vorname: geb. am:

Telefon: Mobil: E-Mail-Adresse:

Art der Betroffenheit:

selbst Betroffene/r Angehörige/r (z.B. Partner/-in, Großeltern, Geschwister, Kind, etc.)

ärztliches Fachpersonal sonst. medizinischer Beruf sonstige (z.B. Pharma)

Art der Blutgerinnungsstörung

Faktor I II V V + VIII VII VIII IX X XI XIII Mangel
Fibrinogen Prothrombin Hämophilie A Hämophilie B

Bernard-Soulier Glanzmann-Thrombasthenie ITP TTP von Willebrand-Erkrankung, Typ:

Konduktorin / Frau mit Blutgerinnungsstörung ohne mit Symptomen / behandlungsbedürftig

andere Blutgerinnungsstörung

Datum: Unterschrift: ab 18 Jahren: Unterschrift des Haushaltsmitglieds notwendig!