



# DEUTSCHE HÄMOPHILIEGESELLSCHAFT ZUR BEKÄMPFUNG VON BLUTUNGSKRANKHEITEN e.V.

Bundesgeschäftsstelle:

Neumann-Reichardt-Straße 34 • 22041 Hamburg • Telefon (0 40) 6 72 29 70 • Fax (0 40) 6 72 49 44 • E-Mail: dhg@dhg.de

## Beitrittserklärung

Mitglieds-Nr.: <i>wird von der DHG ausgefüllt</i>	Region:	Krankenkasse:
--	---------	---------------

Name: ..... Vorname: ..... geb. am .....

Straße: ..... Haus-Nr.: .....

PLZ: ..... Wohnort: .....

Telefon: ..... Mobil: ..... Fax: .....

E-Mail-Adresse: .....

Art der Mitgliedschaft: Betroffene/r:  selbst  Kind: ..... geb. am .....

### Art der Blutgerinnungsstörung:

- Hämophilie A  Hämophilie B  von-Willebrand-Jürgens-Syndrom  
 andere Art: ..... Typ: .....  
 Arzt  sonst. Medizinischer Beruf  Fördermitglied

**Die Beantwortung der nachfolgenden Fragen ist freiwillig, wäre für unsere Datenerfassung jedoch sehr hilfreich.**

Der/die Betroffene steht im  Hämophiliezentrum .....  
 beim Hausarzt .....  
in regelmäßiger Behandlung.

Heimselfbehandlung?  Ja, seit .....  Nein  
 Behandlung nur bei Bedarf (Blutung)  
 Prophylaktische Therapie

Ich erkläre mich hiermit bereit, Mitglied der Deutschen Hämophiliegesellschaft (DHG) e. V. zu werden und den Jahresbeitrag von 35 Euro auf das unten stehende Konto zu überweisen oder die nachfolgende Einzugsermächtigung ausgefüllt und unterschrieben an die Geschäftsstelle der DHG zu senden.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift

Konto: Hamburger Sparkasse, IBAN: DE29 2005 0550 1098 2122 67, BIC: HASPDEHHXXX



# DEUTSCHE HÄMOPHILIEGESELLSCHAFT ZUR BEKÄMPFUNG VON BLUTUNGSKRANKHEITEN e.V.

Bundesgeschäftsstelle:

Neumann-Reichardt-Straße 34 • 22041 Hamburg • Telefon (0 40) 6 72 29 70 • Fax (0 40) 6 72 49 44 • E-Mail: dhg@dhg.de

## Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

An

### Deutsche Hämophiliegesellschaft zur Bekämpfung von Blutungskrankheiten e. V.

Neumann-Reichardt-Str. 34, 22041 Hamburg  
Telefon 040 / 672 29 70 – Fax 040 / 672 49 44  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 40 ZZZ 0000 053 68 23  
Mandatsreferenz = Mitgliedsnummer

### Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige/Wir ermächtigen\* der Deutschen Hämophiliegesellschaft e. V. widerruflich, die von mir/uns\* zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem\* Konto einzuziehen.

### SEPA-Lastschriftmandat:

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.

### Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Name der/des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): .....

Anschrift der/des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):  
.....  
.....

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen): DE .....

BIC (8 oder 11 Stellen): .....

\* Nichtzutreffendes bitte streichen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift(en) des/der Kontoinhabers/Kontoinhaberin