

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen – vielen Dank!



**Deutsche Rheuma-Liga  
Landesverband Bayern e.V.**  
Fürstenrieder Str. 90, 80686 München  
Telefon 089 / 54 61 48 90, Fax 089 / 54 61 48 95  
info@rheuma-liga-bayern.de  
www.rheuma-liga-bayern.de

**Deutsche Rheuma-Liga  
Landesverband Bayern e.V.**  
Arbeitsgemeinschaft Germering  
Alfons-Baumann-Str. 9  
82110 Germering  
Tel. 089 / 840 17 14

(Arge-Stempel)

Hiermit beantrage ich die satzungsgemäße Mitgliedschaft in der Deutschen Rheuma-Liga, Landesverband Bayern e.V. ab \_\_\_\_\_

Mitglied  Einzugsemächtigung   
\*) Familienbeitrag  \*\*) Doppelmitgliedschaft  \*\*\*) Patenschaft

Frau  Herr

Titel, Name, Vorname \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

Strasse, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon, ggf. Fax, E-Mail \_\_\_\_\_

Art der Rheuma-Erkrankung \_\_\_\_\_

Berufsbezeichnung \_\_\_\_\_  Berufstätig  Berentet

Krankenkasse (Kurzbez.) \_\_\_\_\_ Rentenversicherung:  DRV (BfA)  DRV (LVA)  Sonstige

Name, Geb.-Datum des rheumakranken Kindes \_\_\_\_\_

„Zum Zwecke des Postversandes der Mitgliederzeitschrift "mobil" bin ich mit der Weitergabe meiner Anschrift an den zuständigen Verlag einverstanden.“

#### Datum, Unterschrift

\*) Für eine zweite, im selben Haushalt lebende Person, ermäßigt sich der Beitrag von 25,00 € auf 18,80 €

\*\*) Doppelmitgliedschaft bei gleichzeitiger Vorlage eines Nachweises von - Deutscher Vereinigung Morbus Bechterew e.V., Deutscher Psoriasis Bund, Lupus Erythematoses Selbsthilfegemeinschaft e.V. oder Sklerodermie Selbsthilfe e.V. - ermäßigt sich der Jahresbeitrag in der Deutschen Rheuma-Liga, Landesverband Bayern e.V. von 25,00 € auf 18,80 €

\*\*\*) in begründeten Ausnahmefällen

#### Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

Name und Anschrift des Kontoinhabers:  
\_\_\_\_\_

**Zahlungsempfänger:**  
Deutsche Rheuma-Liga, Landesverband Bayern e.V.  
Fürstenrieder Straße 90, 80686 München  
  
**Bankverbindung:**  
Bank für Sozialwirtschaft, 81679 München,  
BLZ: 700 205 00, Konto-Nr.: 78 333 00

Hiermit ermächtige/n ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen wegen (Verpflichtungsgrund, evtl. Betragsbegrenzung)

**Jahresbeitrag 25,00 €**  
(Bei Eintritt in der 2. Jahreshälfte ermäßigt sich der Beitrag im ersten Jahr der Mitgliedschaft von 25,00 € auf 12,50 €.)

bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mit folgender

Kontonummer:	Bankleitzahl:
--------------	---------------

bei (genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstitutes):  
\_\_\_\_\_

durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Instituts keine Verpflichtung zur Einlösung.  
Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum	Unterschrift/en
------------	-----------------