

## Mitgliedsantrag

**Ich möchte dem Verein Allianz pflegende Angehörige – Interessengemeinschaft und Selbsthilfe e.V. beitreten:**

Name:\* \_\_\_\_\_  
 Vorname:\* \_\_\_\_\_  
 Straße, Hausnummer:\* \_\_\_\_\_  
 PLZ / Ort:\* \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_  
 Mobiltelefon: \_\_\_\_\_  
 E-Mail: \_\_\_\_\_  
 Geburtsjahr: \_\_\_\_\_

**Form der Mitgliedschaft**

- ordentliches Mitglied (natürliche Person)
- Fördermitglied,
  - natürliche Person
  - juristische Person

\* Pflichtangaben

**Mein Mitgliedsbeitrag**

Jährlicher Beitrag		Zahlweise		
		jährlich (fällig am 15.03. d. J.)	halbjährlich (fällig am 15.03. u. 15.09. d. J.)	vierteljährlich (fällig am 15.03., 15.06., 15.09. u. 15.12. d. J.)
<b>als natürliche Person</b>	<input type="checkbox"/> 10 €	<input type="checkbox"/>	<i>Nicht möglich</i>	<i>Nicht möglich</i>
	<input type="checkbox"/> höherer Betrag _____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>als Fördermitglied (juristische Person)</b>	<input type="checkbox"/> 50 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> höherer Betrag _____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>als Fördermitglied (natürliche Person)</b>	<input type="checkbox"/> 150 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> höherer Betrag _____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Zahlungsart**

- Ich überweise meinen Beitrag wie oben angegeben auf das untenstehende Konto.
- Ich erteile Allianz pflegende Angehörige – Interessengemeinschaft und Selbsthilfe e. V. ein SEPA-Lastschrift-Mandat mit dem beigefügten Formular

**Bescheinigung über Mitgliedsbeiträge und Spenden**

- Bitte senden Sie mir zum Jahresende einen Spendennachweis als (Sammel-) Spendenquittung.
- Bitte senden Sie mir eine vereinfachte Zuwendungsbestätigung zu (gilt bis 200 €/Jahr in Verbindung mit den entsprechenden Kontoauszügen).
- Ich benötige keinen Nachweis.

**Datenweitergabe im Verein**

Folgende Informationen von mir dürfen (z. B. für den Kontakt untereinander, Bildung von Selbsthilfegruppen) bis auf Widerruf an andere Vereinsmitglieder weitergegeben werden (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Name:	<input type="checkbox"/>
Wohnort:	<input type="checkbox"/>
Straße, Hausnummer:	<input type="checkbox"/>
Telefonnummer:	<input type="checkbox"/>
Mobiltelefon:	<input type="checkbox"/>
Mailadresse:	<input type="checkbox"/>

**Möchten Sie hier schon einmal über Ihre Erfahrungen im Pflegebereich berichten?**

Ich bin oder war ... (Mehrfachnennungen möglich)

- pflegende\*r oder begleitende\*r Angehörige\*r, Freund\*in o. ä.
- im Pflegebereich berufstätig
- als Wissenschaftler\*in mit Pflege befasst
- anderweitig interessiert und zwar: \_\_\_\_\_

(Bitte ggf. auf einem Extra-Blatt fortfahren.)

**Mitgliederinformationen/Newsletter**

- wünsche ich mir per E-Mail und trage mich dazu in die vereinsinterne Mailingliste ein\*
- möchte ich per Briefpost erhalten
  
- Ich bin mit der Speicherung und elektronischen Verarbeitung meiner Daten zu Zwecken der Vereinsverwaltung bis auf Widerruf einverstanden.**  
Die Mitgliederverwaltung erfolgt elektronisch mittels einer lokalen Verwaltungssoftware. Meine Daten werden gemäß dem geltenden Datenschutzrecht behandelt und insbesondere nicht ohne meine Zustimmung an Dritte weitergegeben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)

**Den Mitgliedsantrag bitte ausgefüllt und unterschrieben im Original zurück an:**

Allianz pflegende Angehörige – Interessengemeinschaft und Selbsthilfe e. V.  
c/o Hamburgische Brücke, Das Demenzdock  
Martinistraße 44  
20251 Hamburg

\* Adresse der Mailingliste:

[https://allipa.de/mailman/listinfo/allianz\\_pfleger\\_angehoerige\\_allipa.de](https://allipa.de/mailman/listinfo/allianz_pfleger_angehoerige_allipa.de)