ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT ALS FAMILIE

ANTRAGSTELLER:INNEN (Z.B. MUTTER UND / ODER VATER BZW. ERZIEHUNGSBERECHTIGTE PERSONEN)

Name, Vorname 1. Erwachsener: _____

Geb.-Datum: _____ E-Mail: _____

Name, Vorname 2. Erwachsener: _____

Geb.-Datum: _____ E-Mail: _____

Straße: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Telefon: _____

ERKRANKTES KIND **GESCHWISTERKINDER**

Name:	Name:	Name:	Name:
Geb.-Datum:	Geb.-Datum:	Geb.-Datum:	Geb.-Datum:

*Oben sind **bitte alle Familienmitglieder** einzutragen, die in der Mitgliedschaft berücksichtigt werden sollen. Wenn **zwei Elternteile** bzw. **erziehungsberichtigte Personen** Mitglied werden, dann müssen **beide** dieses Antragsformular unten auf dieser Seite unterschreiben. Ihre personenbezogenen Daten werden vertraulich und entsprechend den gesetzlichen Vorschriften verarbeitet. Ausführliche Hinweise zum Datenschutz finden Sie in den beiliegenden Datenschutzhinweisen für Mitglieder.*

ANERKENNUNG DER REGULARIEN DES VEREINS

Mit der Aufnahme in den Verein erhalte ich Kenntnis und erkenne ausdrücklich an:
- Die Satzung des Vereins vom 01.09.2026.
- Die jeweils gültigen Beitragssätze (siehe Beitragsordnung auf Seite 3)

Die Beträge werden jährlich vom anzugebenden Konto abgebucht. Wir bitten Sie, das anhängende SEPA-Lastschriftmandat ausgefüllt und unterschrieben zusammen mit dem Mitgliedsantrag an uns zurückzugeben (persönlich, per Post oder per E-Mail).

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift 1. Elternteil/ erziehungsberechtigte Person/ Erwachsene/r

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift 2. Elternteil/ erziehungsberechtigte Person/ Erwachsene/r

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT ALS FAMILIE

KINDERRHEUMA TREFFPUNKTE

Bei regelmäßigen Treffen vor Ort können Sie andere Familien mit einem Kind mit Rheuma bzw. einer chronischen Schmerzstörung kennenlernen. Dabei geht es meist um Informationsaustausch, gegenseitige Unterstützung und Aktionen vor Ort. Aber auch darum zu wissen, dass man mit der Krankheit zu Hause nicht allein ist. Die Themen bestimmen die Teilnehmenden der jeweiligen Gruppen selbst.

Ich / Wir habe(n) Interesse an der Treffpunkt-Teilnahme: ☐ ja ☐ nein

Bitte beachten: *wenn Sie „Ja" angekreuzt haben, werden wir Ihre Daten (Name, Anschrift, Telefonnummer und E-Mail-Anschrift) weitergeben.*

Mein / Unser nächstgelegener Treffpunkt ist folgender:

Treffpunkte in Nordrhein-Westfalen
☐ Bottrop
☐ Märkischer Kreis
☐ Krefeld
☐ Kreis Steinfurt
☐ Kreis Südl. Münsterland
☐ Recklinghausen/ Gelsenkirchen
☐ Westliches Münsterland
☐ Düsseldorf

Treffpunkt in Hessen
☐ Kassel
☐ Waldeck-Frankenberg

Treffpunkt in Sachen
☐ Dresden

Treffpunkt in Baden-Württemberg
☐ Nordbaden

Treffpunkte in Niedersachsen
☐ Göttingen
☐ Landkreis Osnabrück
☐ Oldenburg / Bremen

Online über Videokonferenzen
☐ Chronische Schmerzen
☐ CRMO

DIE MITGLIEDER UNSERES VEREINS SIND UNSER POTENZIAL!

Ein Verein braucht für seine erfolgreiche Arbeit neben Spendengeldern auch ganz besonders Menschen mit Herz und Verstand. Daher freuen wir uns, wenn Sie Ihr Hobby, Ihre kreativen Ideen oder Ihre berufliche Kompetenz in unseren Verein mit einbringen. Vielfältig sind die Bereiche, wo wir Hilfe gut gebrauchen können. Daher freuen wir uns, wenn Sie uns mitteilen, wie und in welcher Form Sie uns unterstützen möchten/ können:

Beruf/ Fähigkeiten 1. Erwachsene/r: _____

Beruf/ Fähigkeiten 2. Erwachsene/r: _____

EINE LETZTE FRAGE: WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

☐ Homepage des Bundesverbandes
☐ Newsletter des Bundesverbandes
☐ Flyer / Ratgeber des Bundesverbandes
☐ Beratungen / Schulungen des Bundesverbandes
☐ Veranstaltungen / Vorträge
☐ Facebook und/oder Instagramm-Seite des Bundesverbandes
☐ Außenwerbung des Bundesverbandes
☐ Informationen durch Ärzte / Therapeuten
☐ Informationen über Kindergarten / Schule

Vielen Dank für Ihr Interesse und Ihre Unterstützung!

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT ALS FAMILIE

BEITRAGSORDNUNG

Der Bundesverband Kinderrheuma e.V. mit Sitz in Sendenhorst gibt sich durch Beschluss der Mitgliederversammlung vom 14.06.2026 eine Beitragsordnung.

Für **Einzelmitglieder ab 18 Jahre** beträgt der Beitrag jährlich	**10,00 €.**
Für **Einzelmitglieder ab 21 Jahre** beträgt der Beitrag jährlich	**20,00 €.**
Für **Einzelmitglieder ab 24 Jahre** beträgt der Beitrag jährlich	**30,00 €.**
Der **Familienmitgliedsbeitrag (ab 2 Personen)** beträgt jährlich	**45,00 €.**

Jugendliche sind bis zur Volljährigkeit beitragsfrei*.

Mitglieder, die im Beirat tätig sind, sind gemäß Satzung § 12 Abs. 4 mit Eintritt in den Verein von ihrer Beitragspflicht befreit. Die Befreiung gilt bis zum Ausscheiden aus dem Beirat.

In besonderen Härtefällen wird im Vorstand über einen zeitlich befristeten Beitragsnachlass entschieden.

Die Beiratsordnung tritt zum 01.01.2027 in Kraft.

*Mit schriftlichem Einverständnis der Eltern können Jugendliche ab 14 Jahre eigenständiges Mitglied im Bundesverband Kinderrheuma e.V. werden. Bis zur Volljährigkeit sind diese Jugendlichen beitragsfrei.

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT ALS FAMILIE

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE06ZZZ00000263992
Mandatsreferenz: **WIRD SEPARAT MITGETEILT**

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT:

Ich ermächtige den Bundesverband Kinderrheuma e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Bundesverband Kinderrheuma e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Zahlungsart: Wiederkehrende Lastschrift – siehe Rückseite.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

ERHÖHTER MITGLIEDSBEITRAG / SPENDENZUSAGE

Der Bundesverband versucht den Mitgliedsbeitrag niedrig zu halten, um vielen Personen eine Mitgliedschaft zu ermöglichen. Wir würden uns daher sehr darüber freuen, wenn Sie unsere Arbeit mit einem höheren Beitrag als zusätzliche Spende unterstützen würden. Über den Mehrbetrag, der über den normalen Jahresbeitrag hinausgeht, kann gerne eine Spendenquittung ausgestellt werden.

Zusätzlich zum für mich/ uns geltenden Jahresbeitrag gemäß Beitragsordnung erbringe ich eine

- ☐ freiwillige jährlich wiederkehrende Spende
- ☐ einmalige Spende in Höhe von: _____€.

_____
Vollständige Bezeichnung des/ der Kontoinhaber:in

_____
Straße und Hausnummer

_____
Postleitzahl und Ort

_____
Name des Kreditinstitutes

BIC: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

IBAN: DE _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift Kontoinhaber:in