



## Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als Mitglied in die **Selbsthilfe Schlafapnoe in Essen e.V.**

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>								
Straße	<input type="text"/>	Beruf	<input type="text"/>								
PLZ/Ort	<input type="text"/>	geb. am	<table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td colspan="2">Geburtsjahr</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	Tag	Monat	Geburtsjahr		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tag	Monat	Geburtsjahr									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
Telefon	<input type="text"/>	Mobil	<input type="text"/>								
Krankenkasse	<input type="text"/>	Beginn der Mitgliedschaft	<table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	Tag	Monat	Jahr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Tag	Monat	Jahr									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>									

Falls Sie regelmäßige Kurzinformationen bzw. Einladungen zu unseren Infoabenden per E-Mail wünschen, geben Sie uns bitte Ihre E-Mail-Adresse an.

Der Jahresbeitrag beträgt zurzeit 30,00 € /Jahr für ordentliche Mitglieder. Fällig wird der anteilige Beitrag mit dem Aufnahmeantrag für das Restjahr, mindestens jedoch 10,00 €. Doppelmitgliedschaft mit anderer Selbsthilfe Schlafapnoe 17,00 € /Jahr. Empfänger von Arbeitslosengeld II, Sozialgeld und Hartz IV, Ehepartner von Mitgliedern 7,00 € /Jahr. Es kann auch eine fördernde Mitgliedschaft erworben werden. Den Jahresbeitrag werde ich zukünftig **im Januar**, den jetzt fälligen Beitrag sofort, durch Überweisung zahlen an:

<b>Empfänger:</b>	<b>SH Schlafapnoe in Essen e.V.</b>
<b>Kto. Nr. des Empfängers:</b>	<b>5 009 089</b>
<b>Bank:</b>	<b>Sparkasse Essen, BLZ 360 501 05</b>
<b>IBAN:</b>	<b>DE69 3605 0105 0005 0090 89</b>
<b>BIC:</b>	<b>SPEDE3EXXX</b>
<b>Verwendungszweck:</b>	<b>Jahresbeitrag (oder / und) Spende</b>

Ich wünsche die Zusendung einer Zuwendungsbescheinigung

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an. Die Satzung enthält eine Anlage mit einer Datenschutzerklärung. Die Erklärung informiert darüber, welche Daten der Verein zu welchen Zwecken speichert und verarbeitet. Die Datenschutzerklärung beinhaltet auch die „Informationspflicht bei Erhebung von personenbezogenen Daten bei der betroffenen Person“ gemäß Artikel 13 DSGVO. Nach Artikel 6, Abs. 1, lit. b) DSGVO ist die Verarbeitung personenbezogener Daten rechtmäßig, wenn diese für die Erfüllung eines Vertragsverhältnisses – hier: Mitgliedschaft im Verein – erforderlich sind.

Datum:    Unterschrift:

**Selbsthilfe Schlafapnoe in Essen e.V.**  
c/o Kurt Gethmann  
Altenessener Straße 377  
D-45326 Essen

**Bankverbindung:**  
Sparkasse Essen  
Konto-Nr.: 500 908 9  
BLZ.: 360 501 05

IBAN: DE69 3605 0105 0005 0090 89  
BIC: SPEDE3EXXX

**Sitz des Vereins:**  
Essen VR 3447  
Steuer-Nummer:  
112/5750/1294



Wir haben die Selbstverpflichtungserklärung der Initiative Transparente Zivilgesellschaft unterschrieben, in der wir uns dazu verpflichten, zehn präzise benannte, relevante Informationen über uns leicht auffindbar der breiten Öffentlichkeit zugänglich zu machen.

**Vorstand i. S. d. § 26 BGB:**

1. Vorsitzender: Kurt Gethmann \* 2. Vorsitzender: Michael Biermann  
Beisitzer: Heideleine Böhme, Ulrich Flesch, Armin Geisler,  
Erika Ney, Raff Nies, Friedhelm Reß, Klaus Volkmer

Laut Freistellungsbescheid des Finanzamtes Essen vom 13.05.2015 ist unser Verein berechtigt für Spenden, die uns zur Verwendung für den Vereinszweck zugewendet werden und Mitgliedsbeiträge Zuwendungsbestätigungen auszustellen (§ 50 Abs 1 EStDV).