

Looking at orphan drugs from a new angle



Waisenmedizin e.V. Günterstalstr. 60, D-79100 Freiburg,
Tel. & Fax 49(0)761-701370 <stahlku@orphandrug.org>

Waisenmedizin (WM e.V.)

NGO to promote the Council of Europe human rights policy on
the issue of equity in access to pharmaceutical treatment
in accordance with Articles 11 and 13 of the
European Social Charter 2000
AG Freiburg - VR 3387

Beitragsordnung

Gültig seit: Freiburg, den 04.07.2006

Auf der Grundlage von § 5 unserer Vereinssatzung hat die Mitgliederversammlung in ihrer Sitzung am 04.07.2006 die nachfolgende Beitragsordnung beschlossen. Die Höhe der Mitgliedsbeiträge richtet sich nach der Art der Mitgliedschaft und der jeweiligen Leistungsfähigkeit einzelner Mitgliedergruppen.

Derzeit beträgt der zu entrichtende Mitgliedsbeitrag:

	Jährliche Zahlung
<ul style="list-style-type: none">Reguläre Mitgliedschaft (natürliche Personen)	100.- Euro
<ul style="list-style-type: none">Fördermitgliedschaft (natürliche Personen)	150.- Euro
<ul style="list-style-type: none">bei Studenten und Auszubildenden	0.- Euro
<ul style="list-style-type: none">Aktive Mitgliedschaft vor Ort	0.- Euro

Für die Beitragshöhe ist der am Fälligkeitstag bestehende Mitgliederstatus maßgebend. Firmenmitgliedschaften werden individuell geregelt. Soweit dem Verein kein entsprechender Nachweis eingereicht wird, der einen geringeren Beitrag rechtfertigt, ist der für reguläre Mitglieder festgesetzte Betrag zu entrichten. Einmalige Sonderumlagen können von der Mitgliederversammlung aus gegebenen Anlass beschlossen werden.

Der jährliche Mitgliedsbeitrag ist jeweils zum 1. Februar fällig.

Aufnahmeantrag für Vereinsmitglieder

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme in den WAISENMEDIZIN e. V.- PACEM

Fördermitglied Reguläres Mitglied Aktives Mitglied Mitglied in Ausbildung (vor der Approbation!)

Bitte entsprechendes ankreuzen. Studenten und Auszubildende bitte Bescheinigung beifügen.

Persönliche Angaben

Name	Vorname	Geburtsdatum

PLZ, Ort	Straße, Hausnummer	Telefon

Beruf	Staatsangehörigkeit	Email

Anerkennung der Regularien des Vereins

Mit der Aufnahme in den Verein erhalte ich Kenntnis und erkenne ausdrücklich

- die Satzung und Vereinsordnungen des Vereins (dem Antrag beigelegt)
- die Beitragsordnung des Vereins und die jeweils gültigen Beitragssätze (dem Antrag beigelegt)

Lastschriftinzugsverfahren (Falls gewünscht)

Ermächtigung zur Beitragserhebung durch Lastschrift

Hiermit ermächtige ich den WAISENMEDIZIN e. V. widerruflich, meinen Mitgliedsbeitrag laut Beitragsordnung bei Fälligkeit (Jahresanfang) von folgendem Konto durch Lastschrift einzuziehen:

IBAN Nummer

BIC

Bankinstitut

Name, Vorname und ggf. Anschrift des Kontoinhabers, wenn abweichend von den obigen Angaben.

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Bankinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Datenschutz Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten. Meine Daten werden nach meinem Austritt aus dem Verein gelöscht.