

# Aufnahmeantrag Stand Juni 2019

Hiermit beantrage/n ich/wir, als Mitglied in die Deutsche Klinefelter-Syndrom Vereinigung e.V. (DKSV e.V.), Seminarstraße 3, 09366 Stollberg/Erzgeb. aufgenommen zu werden. Die Satzung des Vereins erkenne/n ich/wir an.

## Die Mitgliedschaft soll geführt werden als:

- Einzelmitgliedschaft (Jahresbeitrag z.Zt. 40 €)  
 Familienmitgliedschaft (Jahresbeitrag z.Zt. 40 €)

Ich möchte zusätzlich zum Beitrag jährlich eine Spende über \_\_\_\_\_ Euro erbringen.

## Zahlung erfolgt:

- per Bankeinzug (SEPA - Mandat)

Daten des Beitragszahlers (falls abweichend vom Antragsteller):

Vorname \_\_\_\_\_  
 Name \_\_\_\_\_  
 Straße \_\_\_\_\_  
 PLZ und Ort \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_ (für ausländische Bankkonten)

Name der Bank \_\_\_\_\_ (für ausländische Bankkonten)

Unterschrift des Beitragszahlers: \_\_\_\_\_

- per Dauerauftrag       per Überweisung

## Ich bin / Wir sind:

- Träger des Klinefelter-Syndroms (T)  
 Eltern / Großeltern eines KS-Trägers (E)  
 Partner / Partnerin eines KS-Trägers (P)  
 ich habe beruflich mit KS-Trägern zu tun (z.B. Mediziner, Therapeut, Pädagoge usw.) (M)

## Folgende Form des Klinefelter-Syndroms liegt vor:

- 47, XXY     48, XXXY     49, XXXXY     Mosaik \_\_\_\_\_  
 48, XXYY - Syndrom       andere Variante: \_\_\_\_\_

Antragsteller/Beitragszahler    Vorname Name    Geburtsdatum    E-Mailadresse\*  
 T  E  P  M

weitere Person  
(bei Familienmitgliedschaft)    Vorname Name    Geburtsdatum    E-Mailadresse\*  
 T  E  P  M

weitere Person  
(bei Familienmitgliedschaft)    Vorname Name    Geburtsdatum    E-Mailadresse\*  
 T  E  P  M

Straße

PLZ

Ort

**Wir weisen gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung folgende Daten der Mitglieder in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden: Name, Anschrift, Geburtsdatum.**

**Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung folgender personenbezogener Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden: Name, Anschrift, Geburtsdatum, E-Mail-Adresse\*. Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann. (\*freiwillige Angabe)**

Ort / Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Formular per Post senden oder als PDF-Datei an [aufnahme@dksv.de](mailto:aufnahme@dksv.de)