

# 12 gute Gründe...



Deutsche Parkinson  
Vereinigung e.V.

**dPV**  
**Deutsche Parkinson Vereinigung e.V.**  
**Bundesverband**  
**Moselstraße 31**  
**41464 Neuss**



## ...warum auch Sie Mitglied in der dPV werden sollten!

- Individuelle medizinische Beratung
- Aktuelle Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten
- Neues aus Forschung und Lehre
- Teilnahme an medizinischen Studien
- Juristische Beratung in sozialrechtlichen Fragen
- Interessensvertretung, z. B. im Rahmen der Gesundheitspolitik
- Angebote zur gemeinschaftlichen Gymnastik
- Patientenschulungen
- Psychologische Hilfestellung
- Regelmäßige Informationen zu den Themen Parkinson, MSA, PSP und Tip
- Eigene Mitgliederzeitschrift
- Einladung zu Ausflügen und kulturellen Unternehmungen

# Mitgliedsantrag

Name:

PLZ/Ort:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Haus-Nr.:

Telefon:

E-Mail:

## Auch ich will Mitglied werden:

als Angehöriger zu einer bereits bestehenden Mitgliedschaft      Jahresbeitrag: 29,50 €

Name:

Geburtsdatum:

Vorname:

Mitgl.-Nr. des Erstmitglieds:

## Ich möchte Mitglied werden als:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Betroffener      Jahresbeitrag: 55 €

Angehöriger als Erstmitglied      Jahresbeitrag: 55 €

Fördermitglied (bitte eintragen, mind. 55 €)      €

Zusätzliche, freiwillige jährliche Spende  
(Kann von u. a. Konto abgebucht werden)      €

Bitte ordnen Sie meine/unsere Mitgliedschaft der folgenden lokalen Selbsthilfegruppe zu:

### Zusendung der Parkinson-Nachrichten:

Per Post

Per E-Mail

### Kombimandat zur Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE8422200000199538 - Mandatsreferenz: wird zu einem späteren Zeitpunkt mitgeteilt!

#### SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige/wir ermächtigen die Deutsche Parkinson Vereinigung e. V. Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Deutschen Parkinson Vereinigung e. V. auf mein/ unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Die Mitgliedsbeiträge werden in zwei Halbjahresraten, jeweils zum 1. Februar und 1. August eines Jahres von meinem/ unserem Konto eingezogen. Die zusätzliche Spende wird in einem Betrag eingezogen.

IBAN:

Kreditinstitut:

Ort, Datum, Unterschrift des/der Zahler/s

Ihre Daten werden nur im Rahmen Ihrer Mitgliedschaft gespeichert und verarbeitet (§ 28, Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz). Nach Beendigung der Mitgliedschaft werden alle Daten gelöscht. Ihre Anschrift erhalten lediglich die zuständigen lokalen Selbsthilfegruppen sowie die dPV Landesverbände/LB., welche die Ziele der dPV mittragen. Dadurch erhalten die Gruppen die Möglichkeit, Sie zu Veranstaltungen einzuladen.