



deutsche  
**SEPSIS-HILFE** e.V.

## Beitrittserklärung

Ja, ich möchte den Verein unterstützen und beantrage die Mitgliedschaft in der Deutschen Sepsis-Hilfe e. V.!

|   |             |
|---|-------------|
| Anrede  | Akad. Titel |
| Vorname   | Name        |
| Ich bin<br><input type="radio"/> Betroffene/r <input type="radio"/> Angehörige/r <input type="radio"/> Hinterbliebene/r <input type="radio"/> Unterstützer/in |             |
| Straße  |             |
| PLZ   | Ort         |
| Geburtsdatum  |             |
| E-Mail  | Telefon     |

### Kontakt

Deutsche Sepsis-Hilfe e. V.  
Am Klinikum 1  
07747 Jena

Telefon: 0700-7 3774 700  
03641-9 39 66 86

Fax: 03641-9 34 769

Internet: [info@sepsis-hilfe.org](mailto:info@sepsis-hilfe.org)  
[www.sepsis-hilfe.org](http://www.sepsis-hilfe.org)

### Schirmherr

Dr. Rolf Koschorrek

### Vorstand

Hubert Grönert  
Prof. Dr. med. Frank M. Brunkhorst  
Arne Trumann  
Rita Hofheinz  
Volker Herrmann

### Mitgliedschaften

Global Sepsis Alliance  
DAG Selbsthilfegruppen e. V.

### Konto

BLZ: 860 205 00  
Bank für Sozialwirtschaft Leipzig  
IBAN: DE2886 0205 0000 0155 1500  
SWIFT: BFSWDE33LPZ

Ich beantrage eine Familienmitgliedschaft für folgende Familienmitglieder außer mir:

|               |  |
|---------------|--|
| Vorname, Name | <input type="radio"/> Betroffene/r<br><input type="radio"/> Angehörige/r<br><input type="radio"/> Hinterbliebene/r |
| Vorname, Name | <input type="radio"/> Betroffene/r<br><input type="radio"/> Angehörige/r<br><input type="radio"/> Hinterbliebene/r |

Mein Beitrag von 30 € (Einzelmitgliedschaft) bzw. 40 € (Familienmitgliedschaft) zahle ich per:

### O Einzugsermächtigung/SEPA-Mandat

Ich ermächtige die Deutsche Sepsis-Hilfe e. V., Zahlungen jährlicher Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Sepsis-Hilfe e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.

|                 |
|-----------------|
| Kreditinstitut: |
| IBAN:           |
| SWIFT/BIC:      |

**O Überweisung** bis zum 31. Januar des jeweiligen Beitragsjahres auf das rechts stehende Vereinskonto, den ersten Beitrag innerhalb von 14 Tagen.

Die Satzung einschließlich der Beitragsordnung habe ich zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Datenschutz:** Die Deutsche Sepsis-Hilfe e. V. verarbeitet die in diesem Aufnahmebeitrag enthaltenen Angaben zur Person ausschließlich für internen Vereinszwecke, dem Sie hiermit zustimmen.