

MITGLIEDSANTRAG – Netzwerk Duogynon e.V.

Hiermit beantrage ich,

Name, Vorname:

Geburtsdatum/-ort:

Straße: **PLZ / Wohnort:**

Telefon: **Email:**

die Aufnahme in den Verein Netzwerk Duogynon e.V., Kappeler Str. 14, 87459 Pfronten, info@duogynonopfer.de, zum momentan geltenden Jahresbeitrag in Höhe von 12,00 €.

.....
Ort, Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen die Erziehungsberechtigten)

Ich bin einverstanden, dass meine Daten in der EDV des Vereins aufgenommen werden. Der Verein darf die Daten nach EU-DSGVO nur für Vereinsangelegenheiten verwenden. Ich erkenne die Satzung des Vereins an. Diese ist in der aktuellen Fassung auf www.duogynonopfer.de zu finden.

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE8799900002110384

Mandatsreferenz: Jahresbeitrag Netzwerk Duogynon e.V.

Ich ermächtige den Verein Netzwerk Duogynon e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein Netzwerk Duogynon e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: 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.

Konto-Inhaber:

Kreditinstitut: Konto-Nr.:

BLZ: BIC:

IBAN: DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

.....
Ort, Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen die Erziehungsberechtigten)

Netzwerk Duogynon e.V.

www.duogynonopfer.de

Kontakt: Netzwerk Duogynon e.V., Kappeler Straße 14, 87459 Pfronten, info@duogynonopfer.de

Weitere (freiwillige) Angaben zur Mitgliedschaft:

Ich bin

selber geschädigt

Angehöriger bzw. Vertreter eines Geschädigten

Förderer des Vereins

Netzwerk Duogynon e.V.

www.duogynonopfer.de

Angaben zur geschädigten Person:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Schädigungen: _____

In welcher Form wurde Duogynon eingenommen?

als Duogynon Dragees oral (2 Tabletten)

als Duogynon simplex (in flüssiger Form)

Haben Sie Belege für die Einnahme (Aufzeichnungen, Rezepte...)?

ja

nein

Weitere Angaben zur Einnahme: _____

Hat die geschädigte Person jemals eine genetische Untersuchung durchführen lassen? Wenn ja, gab es daraus Erkenntnisse und liegen noch Unterlagen vor?

Haben Sie diesen Fall dem BfArM gemeldet und liegt Ihnen die Fallnr. des BfARM vor?

➔ **Alle Daten verbleiben im Verein. Es werden keine personenbezogenen Daten an Dritte weitergegeben!**