



6

Monate
KOSTENLOS

HINEINGESCHNUPPERT

Die Mitglieder in der dPV genießen viele Vorteile. Probieren Sie es aus – am besten noch heute.

- ✓ Individuelle **medizinische Beratung**
- ✓ Aktuelle **Informationen** zu **Behandlungsmöglichkeiten**
- ✓ Neues aus **Forschung** und **Lehre**
- ✓ Teilnahme an **medizinischen Studien**
- ✓ **Juristische Beratung** in sozialrechtlichen Fragen
- ✓ **Interessenvertretung** (z. B. im Rahmen der **Gesundheitspolitik**)
- ✓ Angebote zur gemeinschaftlichen **Gymnastik**
- ✓ **Patientenschulungen**
- ✓ **Psychologische Hilfestellungen**
- ✓ Informationen zu **MSA, PSP, Tip**
- ✓ Eigene **Mitgliederzeitschrift**
- ✓ Einladungen zu **Ausflügen** und **kulturellen Unternehmungen**

Als Betroffener

NAME

VORNAME

STRASSE | HAUSNUMMER

PLZ | ORT

GEBURTSDATUM

TELEFON

E-MAIL

Ich bin an einer ehrenamtlichen Tätigkeit interessiert. Bitte nehmen Sie Kontakt zu mir auf.

Als Angehöriger

NAME

VORNAME

STRASSE | HAUSNUMMER

PLZ | ORT

GEBURTSDATUM

TELEFON

E-MAIL

Ich bin an einer ehrenamtlichen Tätigkeit interessiert. Bitte nehmen Sie Kontakt zu mir auf.



**Deutsche Parkinson
Vereinigung e.V.**

Formular bitte ausfüllen, unterschreiben und an folgende Adresse senden:

**Deutsche Parkinson Vereinigung e.V.,
Moselstraße 31, 41464 Neuss**

Zusendung der Parkinson-Nachrichten:

Per Post Per E-Mail

Falls ich meine Schnuppermitgliedschaft nicht bis spätestens einen Monat vor Ablauf kündige, darf der Mitgliedsbeitrag von 55 Euro pro Jahr wie folgt eingezogen werden:

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 Betrags 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 / unseren Konto eingezogen. Die zusätzliche Spende wird in einem Betrag eingezogen.

IBAN

KREDITINSTITUT

ORT | DATUM | UNTERSCHRIFT | KONTOINHABER / IN

Ihre Daten werden nur im Rahmen Ihrer Mitgliedschaft gespeichert und verarbeitet (§ 28, Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz). Nach Beendigung Ihrer Mitgliedschaft werden alle Daten gelöscht. Ihre Anschriften 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.