

CF-Selbsthilfe Frankfurt e.V.
-Hilfe bei Mukoviszidose-
z. Hd. Herrn Steinbauer

Bachstraße 36
61350 Bad Homburg

- Ich möchte Mitglied im Mukoviszidose e.V. werden.
 Ich möchte **nur** Mitglied in der CF-Selbsthilfe Frankfurt e.V. werden.

Den Mitgliedsbeitrag entnehmen Sie bitte der Beitragsordnung.



CF-Selbsthilfe Frankfurt e.V.
- Hilfe bei Mukoviszidose -
gemeinnütziger Verein
Bachstraße 36
61350 Bad Homburg
Telefon: (0 61 72) 89 81 21
Internet: www.cf-selbsthilfe.de
Mitglied im DPWW
Amtsgericht Frankfurt/M
VR FFM 7 998

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

Straße	Telefon / eMail
--------	-----------------

PLZ / Ort

Datum	Unterschrift
-------	--------------

Sie helfen uns, unnötige Verwaltungskosten einzusparen, wenn Sie nachstehende Einzugsermächtigung ausfüllen, unterschreiben und uns zusenden. Sie erleichtert dadurch sich und uns die Arbeit.

Einzugsermächtigung

- Hiermit erkläre ich mich bis auf Widerruf damit einverstanden, dass der Mukoviszidose e.V. / die CF-Selbsthilfe Frankfurt e.V. *) den jeweils fälligen Jahresbeitrag jährlich im Voraus von meinem Konto einzieht:
**) bitte entsprechend streichen*

Konto-Nr.

Name der Bank	BLZ
---------------	-----

Ort/Datum	Unterschrift
-----------	--------------

Beitragsordnung für ordentliche Mitglieder des Mukoviszidose e.V.

beschlossen durch die Mitgliederversammlung am 1.11.03 in Frankfurt am Main

1. Ordentliche Mitglieder zahlen einen Jahresbeitrag von **50 Euro**.
2. Auf Antrag des Mitglieds wird der Jahresbeitrag wie folgt ermäßigt:
 - Mukoviszidose Betroffene ab Vollendung des 16. Lebensjahres: **25 Euro**.
 - Wenn das Mitglied seinen ständigen Wohnsitz in den neuen Bundesländern hat: **40 Euro**. Diese Ermäßigung gilt nur für die Jahre 2004, 2005 und 2006. Die Ermäßigung endet am 31.12.2006, ohne dass es eines weiteren Beschlusses bedarf.
Wenn mehrere volljährige Personen einer Familie bzw. häuslicher Lebensgemeinschaft Mitglied sind, zahlt eine Person den vollen Jahresbeitrag (gem. Ziff. 1 bzw. Ziff. 2a oder 2b). Alle weiteren Personen: **25 Euro**. In diesem Fall wird die Mitgliedszeitschrift nur der Person mit dem vollen Jahresbeitrag zugesandt.
 - Angehörige der therapeutischen Berufe: **25 Euro**.
3. Auf Antrag des Mitglieds kann der Jahresbeitrag für die Dauer jeweils eines Jahres völlig erlassen werden, wenn das Mitglied Sozialhilfe oder ein anderes Einkommen bis zur Höhe der Sozialhilfe bezieht. Der Sozialhilfebescheid oder entsprechende Einkommensnachweise sind dem Antrag beizufügen. Die Beitragsbefreiung endet jeweils am Ende des Jahres und ist für ein Folgejahr erneut zu beantragen.

Diese Beitragsordnung tritt zum 1. Januar 2004 in Kraft.

Die Mitgliedschaft im Mukoviszidose e.V. beinhaltet automatisch die Mitgliedschaft in der CF-Selbsthilfe Frankfurt e.V.

Beitragsordnung für ordentliche Mitglieder der CF-Selbsthilfe Frankfurt e.V.

1. Ordentliche Mitglieder zahlen einen Jahresbeitrag von **35 Euro**. Hierbei handelt es sich um eine Familienmitgliedschaft.
2. Auf Antrag des Mitglieds wird der Jahresbeitrag wie folgt ermäßigt:
 - Mukoviszidose Betroffene ab Vollendung des 16. Lebensjahres: **25 Euro**.
 - Angehörige der therapeutischen Berufe: **25 Euro**.
3. Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre, sowie in Ausbildung befindliche (es gelten die Regeln des Einkommensteuergesetzes), können als eigenständige Mitglieder geführt werden. Sie zahlen keinen Jahresbeitrag.

Diese Beitragsordnung tritt zum 1. Januar 2004 in Kraft.

Die Mitgliedschaft im Mukoviszidose e.V. beinhaltet nicht die Mitgliedschaft im Mukoviszidose e.V.



CF-Selbsthilfe Frankfurt e.V.
- Hilfe bei Mukoviszidose -
gemeinnütziger Verein
Bachstraße 36
61350 Bad Homburg
Telefon: (0 61 72) 89 81 21
Internet: www.cf-selbsthilfe.de
Mitglied im DPWW
Amtsgericht Frankfurt/M
VR FFM 7 998

Vorsitzender:
Thomas Steinbauer
E-Mail: thomas.steinbauer@cf-selbsthilfe.de

Dresdner Bank
Konto-Nr. 0645654600
(BLZ 500 800 00)
Frankfurter Volksbank
Konto-Nr. 6100800088
(BLZ 501 900 00)