

# Beitrittserklärung

Ich/Wir beantrage(n) die Mitgliedschaft im Verein

**Deutsche Zöliakie-Gesellschaft e.V.**  
**D-70565 Stuttgart, Kupferstr. 36**  
**Telefon 0711/45 99 81-0**  
**Telefax 0711/45 99 81-50**  
**E-Mail: info@dzg-online.de**

Graue Felder werden von der DZG ausgefüllt

EAN-Code / DMS

**Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen**

HB-Versand:

Mitgliedsnummer:

					1
--	--	--	--	--	---

**Mitglied:\***

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Mitglieds

Status

## Status

- 01 = Zöliakie
- 02 = Zöliakie und Diabetes
- 03 = Nahrungsmittelenverträglichkeit
- 04 = Herpetiformis Duhring
- 05 = Weizensensitivität

**Anschrift:\***

\_\_\_\_\_  
Straße/Postfach

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

**Telefon:**

\_\_\_\_\_  
Vorwahl/Rufnummer

**E-Mail:**

**Bundesland:**

**Geb.-Datum:\***

**Diagnose:** BIOPSIE  ja  nein

**Erziehungsberechtigter:**

(siehe hierzu Punkt 3 der Informationen auf der Rückseite)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

**Anschrift:**

\_\_\_\_\_  
Straße/Postfach

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

**Telefon:**

\_\_\_\_\_  
Vorwahl/Rufnummer

**E-Mail:**

**Bundesland:**

**weitere**

**Familienmitglieder:**

[abweichende Adressen  
(als Mitglied) bitte auf  
getrenntem Blatt angeben]

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

**Geb.-Datum:**

Status

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

**Geb.-Datum:**

Status

**Aufnahme in eine Gesprächsgruppen:**

erwünscht

nicht erwünscht

Gruppen-Nr.:

--	--	--	--	--

**Erhalt von Herstellerwerbung / Mailings:**

(siehe hierzu Punkt 5.2 der Informationen auf der Rückseite)

erwünscht

nicht erwünscht

**Beitragszahlung:**

Bei Eintritt in den Verein, wird eine einmalige Verwaltungspauschale von **EURO 15,-** erhoben, fällig mit der ersten Beitragszahlung.

jährlich zum 15.01.  
EURO 45,-

halbjährlich zum  
15.01. und 15.07.  
EURO 22,50

Auslandsbeitrag  
jährlich zum 15.01.  
EURO 51,-

zzgl. \_\_\_ x Familienbeitrag  
EURO 3,- pro Person

Mit dem Beitritt in den Verein erkläre ich mich einverstanden, dass die im Zusammenhang mit der Mitgliedschaft benötigten personenbezogenen Daten unter Berücksichtigung der Vorgaben des Bundesdatenschutzgesetzes per EDV für den Verein erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Der Postdienst der Deutschen Post ist berechtigt, Anschriftenänderungen an die Deutsche Zöliakie-Gesellschaft weiterzuleiten.

Ort, Datum

**Unterschrift Mitglied (bzw. Erziehungsberechtigter)\***

**SEPA-Lastschrift-Mandat**

Deutsche Zöliakie-Gesellschaft e.V., Kupferstr. 36, 70565 Stuttgart, Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE27ZZZ00000161764 - Mandatsreferenz = zukünftige Mitgliedsnummer

Ich ermächtige die Deutsche Zöliakie-Gesellschaft e.V., wiederkehrende Zahlungen für meine Mitgliedschaft von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Zöliakie-Gesellschaft 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.

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name und BIC)

\_\_\_\_\_  
IBAN

Bitte deutlich Name und Anschrift des Kontoinhabers

**Datum + Unterschrift des Kontoinhabers\***