



Deutsche Stiftung Patientenschutz e.V.
für Schwerstkranke, Pflegebedürftige und Sterbende

Mein Beitritt

Bitte per Post oder Fax an:

Deutsche Stiftung Patientenschutz Förderverein e.V.

Europaplatz 7

44269 Dortmund

Fax: 0231 7380731

Chausseestraße 10

10115 Berlin

Fax: 030 28444841

Baldestraße 9

80469 München

Fax: 089 20208111

Ja, ich werde Fördermitglied und habe Anspruch auf Leistungen wie:

- Beratung und Erstellung von Vorsorgedokumenten
- Unterstützung bei Schwierigkeiten mit Ärzten, Krankenkassen und Pflegediensten
- Hilfe bei der Beantragung von Pflegestufe und Hilfsmitteln
- Prüfung von Heimverträgen und Verträgen über häusliche Pflege
- Regelmäßige Information über aktuelle Patientenschutz-Themen

Vorname Name	_____	
Geburtsdatum	_____	Telefon _____
Ehe-/Lebenspartner*	_____ (*bei Partnermitgliedschaft)	
Geburtsdatum*	_____	Telefon* _____
Straße Hausnummer	_____	
PLZ Ort	_____	
E-Mail	_____	
Einzelmitgliedschaft (mindestens 48 €/Jahr)	Partnermitgliedschaft (mindestens 2 x 42 €/Jahr)	
Ich bezahle _____ Euro /Jahr	Wir bezahlen _____ Euro /Jahr	
Ich bezahle _____ Euro /Monat	Wir bezahlen _____ Euro /Monat	
Kontoinhaber	_____	
Bank	_____	
IBAN	_____ _____ _____ _____ _____ _____	BIC _____

Hiermit ermächtige ich den Deutsche Stiftung Patientenschutz Förderverein e.V. (Gläubiger-Identifikationsnummer DE11ZZZ00001185402) widerruflich, meinen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Deutsche Stiftung Patientenschutz Förderverein 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.

Zu Jahresbeginn erhalte ich unaufgefordert eine steuerabzugsfähige Spendenbescheinigung.

Meine Daten werden ausschließlich zur Erfüllung der Fördermitgliedschaft und gemäß datenschutzrechtlicher Bestimmungen verarbeitet. Mir ist bekannt, dass ich dem jederzeit widersprechen kann.

Ich möchte eine Patientenverfügung erstellen lassen. Rufen Sie mich dazu bitte an.

Datum Unterschrift(en): _____