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	Chausseestraße 10	Baldestraße 9
44269 Dortmund	10115 Berlin	80469 München
Fax: 0231 7380731	Fax: 030 28444841	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 eines Pflegegrades oder Hilfsmittels
- 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)

Ich bezahle _____ Euro /Jahr

Ich bezahle _____ Euro /Monat

Partnermitgliedschaft
(mindestens 2 x 42 €/Jahr)

Wir bezahlen _____ Euro /Jahr

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): _____