

## Anmeldungsformular für den Verein ZNM – Zusammen stark! e. V.

Ja, ich möchte **ZNM – Zusammen Stark!** Mitglied werden. Mir liegt die aktuelle Satzung des Vereins vor.

### Art der Mitgliedschaft?

Einzel (36 € pro Jahr)

Familie (48 € pro Jahr für alle im selben Haushalt lebenden Familienmitglieder)

### Einzelmitglied bzw. Familienmitglied 1

Vorname \_\_\_\_\_

Name\* \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Nr.\* \_\_\_\_\_

PLZ\* \_\_\_\_\_

Ort\* \_\_\_\_\_

Land\* \_\_\_\_\_

E-Mail\* \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

**Ich möchte in der offenen Liste der „ZNM – Zusammen stark!“- Mitglieder aufgeführt werden (Die Liste dient als offenes Email-Forum. Alle Mitglieder, die diese Option gewählt haben, können alle Email-Adressen in dieser Liste einsehen, bei Familien gilt diese Option für alle in diesem Formular eingetragenen Email-Adressen):**

Ja

Nein

**Evtl. Daten von anderen Familienmitgliedern (\*die Angabe der E-Mail ist für alle Mitglieder ab 16 Jahren verpflichtend)**

### Familienmitglied 2

Vorname \_\_\_\_\_

Name\* \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail\* \_\_\_\_\_

### Familienmitglied 3

Vorname \_\_\_\_\_

Name\* \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail\* \_\_\_\_\_

**Familienmitglied 4**

**Vorname** \_\_\_\_\_

**Name\*** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Telefon** \_\_\_\_\_

**E-Mail** \_\_\_\_\_

**Familienmitglied 5**

**Vorname** \_\_\_\_\_

**Name\*** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Telefon** \_\_\_\_\_

**E-Mail** \_\_\_\_\_

**Familienmitglied 6**

**Vorname** \_\_\_\_\_

**Name\*** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Telefon** \_\_\_\_\_

**E-Mail** \_\_\_\_\_

**Haben Sie oder eines Ihrer Familienmitglieder eine zentronukleäre Myopathie (ZNM)?**

Ja

Nein

**Wenn ja wer**

Familienmitglied 1

Familienmitglied 2

Familienmitglied 3

Familienmitglied 4

Familienmitglied 5

Familienmitglied 6

**Welche Art von ZNM?**

Mutation auf dem Gen:

MTM1

DNM2

---

- BIN
- RYR1
- TTN
- Andere ZNM?
- Unbekannt

**Weitere Bemerkungen**

---

**Bitte ziehen Sie den Betrag bis auf Widerruf per SEPA-Lastschrift von meinem Konto ein:**

**IBAN** \_\_\_\_\_

**BIC** \_\_\_\_\_

**Kontoinhaber/in**

\_\_\_\_\_

Datum/ Ort \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Interessanter Hinweis für Sie: Ihr Mitgliedsbeitrag ist steuerlich abzugsfähig. Sie erhalten etwa acht Wochen nach Jahresende eine Zuwendungsbestätigung von uns über alle in diesem Jahr gespendeten Beträge.