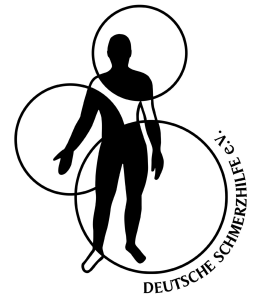


# Beitrittserklärung zur Deutschen Schmerzhilfe e.V.



An die  
Deutsche Schmerzhilfe e.V.  
Geschäftsstelle des Bundesverbandes  
Sietwende 20  
21720 Grünendeich

Hiermit stelle ich den Antrag auf Beitritt zum gemeinnützigen Verein Deutsche Schmerzhilfe e.V..  
Ich gehöre zur folgenden Mitglieder-Gruppe:

- |                                      |                          |  |
|--------------------------------------|--------------------------|--|
| <b>Betroffene</b>                    | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>Ärzte</b>                         | <input type="checkbox"/> | <b>als Konsiliar-Therapeut der DSH*</b> <input type="checkbox"/> |
| <b>Psychologen</b>                   | <input type="checkbox"/> | <b>als Konsiliar-Therapeut der DSH*</b> <input type="checkbox"/> |
| <b>Apotheker</b>                     | <input type="checkbox"/> | <b>als Konsiliar-Therapeut der DSH*</b> <input type="checkbox"/> |
| <b>Med. Hilfsberufe</b>              | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>Institutionen</b>                 | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>Sonstige fördernde Mitglieder</b> | <input type="checkbox"/> |  |

\* mit Anspruch auf spezielle Leistungen, Auskünfte hierüber erteilt die Geschäftsstelle unter Tel.: 04142 – 810 434

## Meine persönlichen Daten:

<b>Anrede</b>	<input type="text"/>	<b>Titel</b>	<input type="text"/>
<b>Vorname</b>	<input type="text"/>	<b>Name</b>	<input type="text"/>
<b>Straße / Nr.</b>	<input type="text"/>		
<b>PLZ</b>	<input type="text"/>	<b>Ort</b>	<input type="text"/>
<b>Geburtsdatum</b>	<input type="text"/>	<b>Telefon</b>	<input type="text"/>
<b>Fachgruppe</b>	<input type="text"/>		
<b>Institution</b>	<input type="text"/>		
<b>E-Mail</b>	<input type="text"/>		

Die Beiträge werden im Lastschrifteinzug erhoben (Ausnahme bei Institutionen)

<b>Bankleitzahl</b>	<input type="text"/>	<b>Kontonummer</b>	<input type="text"/>
<b>Name der Bank</b>	<input type="text"/>	<b>Ort</b>	<input type="text"/>

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Der Antrag ist für den Versand in einem Fensterbriefumschlag konzipiert

# BEITRAGSORDNUNG

gültig ab 1. Januar 2002

Mitglieder oder Art der Mitgliedschaft	Mindestbeiträge in Euro pro	
	Halbjahr	Jahr
Patienten und andere fördernde natürliche Personen	€ 15,00	€ 30,00
Schmerztherapeuten, Ärzte, Psychologen etc. ( als Konsiliar-Therapeuten der DSH *)	€ 50,00	€ 100,00
Apotheker ( als Konsiliar-Apotheker der DSH* )	€ 50,00	€ 100,00
Ergotherapeuten, Logopäden und ähnliche med. Hilfsberufe	€ 25,00	€ 50,00
Institutionen, wie u. a. Gemeinschaftspraxen, Krankenhäuser, Verbände, Firmen		€ 200,00

\* mit Anspruch auf spezielle Leistungen. Auskünfte hierüber erteilt die Geschäftsstelle unter Telefon 04142 – 810 434

Mitgliedsbeiträge sind Jahresbeiträge und jeweils fällig zu Beginn des Kalenderjahres und zahlbar bis zum 15. Februar eines jeden Jahres. Beiträge von Mitgliedern werden durch Lastschrifteinzug erhoben, ausgenommen die der Institutionen.

Für Mitgliedschaften, die im Laufe des ersten Kalenderhalbjahres erklärt werden, ist der Jahresbeitrag zu entrichten. Wird die Aufnahme der Mitgliedschaft für einen Zeitpunkt im zweiten Kalenderhalbjahr erklärt, ist der Halbjahresbeitrag zu leisten. Die Beiträge sind mit Beginn der Mitgliedschaft fällig und bis zum 15. Tag des folgenden Monats zu entrichten.

Wünscht ein Mitglied die Änderung in der Art der Mitgliedschaft z. B. bei Aufgabe der Praxis, so ist die Änderung gegenüber dem Vorstand schriftlich zu erklären. Soll die Änderung unterjährig erfolgen, ist der Beitrag entsprechend den Vorgaben, wie im vorstehenden Absatz beschrieben, zu berechnen.

Auf Antrag kann der Vorstand in begründeten Einzelfällen eine Beitragsermäßigung gewähren. Hingegen sind der Erlass oder die Ermäßigung von Beiträgen für zurückliegende Zeiträume ausgeschlossen.

Anträge, Erklärungen usw. bitte nur an die Geschäftsstelle versenden.

## **Aus der Satzung ( § 5 ):**

Ein Mitglied kann jederzeit mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten auf den Schluss eines Kalenderjahres durch schriftliche, dem Vorstand gegenüber abzugebende Erklärung aus dem Verein ausscheiden.

Geschäftsführer: Rüdiger Fabian  
Geschäftsstelle: Sietwende 20, 21720 Grünendeich  
Telefon: 04142 – 810 434  
Telefax: 04142 – 810 435  
Internet: [www.schmerzhilfe.de](http://www.schmerzhilfe.de)