



## Antragsformular auf Mitgliedschaft im DNVF e.V. für „Patient:innenorganisationen“

Gemeinnützige und unabhängige Patient:innenorganisationen sind von der Zahlung eines Mitgliederbeitrages befreit, können jedoch einen freiwilligen Beitrag leisten.

Name der Organisation (und ggf. Kürzel):	
Anschrift:	Straße:
	PLZ, Ort:
Rechtsform:	
Hauptansprechpartner	Titel, Vor- und Nachname:
	Anschrift (falls abweichend):
	Email-Adresse:
Ggf. Stellvertreter (Benennung kann alternativ nach Aufnahme erfolgen)	Titel, Vor- und Nachname:
	Anschrift (falls abweichend):
	Email-Adresse:
Rechnungsanschrift (NUR bei Zahlung eines freiwilligen Betrages anzugeben)	Ansprechpartner (Titel, Vor- und Nachname):
	Anschrift (falls abweichend)
	Email-Adresse:

- Die Satzung des DNVF e.V. (vom 12.05.2021) haben wir zur Kenntnis genommen und verpflichten uns zur Einhaltung der darin enthaltenen Bestimmungen.

### Jährlicher freiwilliger Unterstützungsbeitrag (s.o.):

- Wir möchten das Netzwerk mit einem jährlichen Beitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ € unterstützen.

### Diesen Antrag stellt/stellen folgende vertretungsberechtigte Person(en):

\_\_\_\_\_  
(Titel, Vor- und Nachname einer oder der vertretungsberechtigten Person(en))

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) der vertretungsberechtigten Person(en)