****

**Antrag auf Mitgliedschaft - EPP Austria**

Wenn Sie unserem Verein beitreten möchten, füllen Sie bitte dieses Formular aus, unterschreiben es (bei Minderjährigen bitten wir die Erziehungsberechtigten unter Angabe des Namens des Erziehungsberechtigten zu unterfertigen) und senden es an die E-Mail-Adresse des Vereins selbsthilfe[at][eppaustria.at](http://eppaustria.at)

Die Vereinssatzung entnehmen Sie bitte unserer Homepage [www.eppaustria.at](http://www.eppaustria.at). Der Jahresbeitrag beträgt € 15. Bitte geben Sie bei „Zahlungsreferenz“ den Namen der Person an, für die Sie den Mitgliedsbeitrag einzahlen. Vielen Dank!

**Vorname** **Nachname**

**Adresse**

**E-Mail-Adresse** **Mobiltelephon**

**Geburtsdatum Anmerkungen (optional)**

**Sind Sie oder eine andere Person in Ihrer Familie an EPP erkrankt? Bitte um nähere Angaben.**

**Ich ersuche um Aufnahme in den Verein EPP Austria.**

□ Einverständniserklärung - Datenschutz

Ich willige ein, dass die hiermit erhobenen Daten vom Verein EPP Austria entsprechend den Bestimmungen der DSGVO gespeichert werden. Weiterführende Informationen finden Sie unter <https://www.dsb.gv.at/gesetze-in-osterreich>.

**Ort, Datum Unterschrift**

EPP Austria Selbsthilfegruppe Homepage: [www.eppaustria.at](http://www.eppaustria.at) E-mail: selbsthilfe[at]eppaustria.at IBAN : AT20 2011 1841 2215 0600 BIC/SWIFT : GIBA ATWW XXX Institut: Erste Bank