

# Schuppenflechte

**macht nicht einsam.  
Aber Ausgrenzung.  
Sprich darüber!**

2,5 Millionen Menschen  
in Deutschland sind  
von Diskriminierung  
bedroht.

*Eine Mitgliedschaft  
lohnt sich!  
... auch für Sie!*

## Leistungen für Mitglieder

- PSO Magazin alle zwei Monate mit Informationen rund um die Schuppenflechte und das Gesundheitswesen
- Spezialinformationen (Info-Blätter und Broschüren) zu unterschiedlichen Fragen rund um die Schuppenflechte
- Liste von Hautärzten und Rheumatologen mit detaillierten Informationen zu Therapieangeboten
- Kostenlose Rechts- und Medizinberatung

## Weitere Leistungen

- Besondere Informationen und Aktionen für junge Menschen mit Schuppenflechte
- Gemeinsamer Erfahrungsaustausch, gegenseitige Hilfe und mehr in Regionalgruppen und mit Kontaktpersonen
- Unterstützung für ehrenamtlich Aktive und die, die es werden wollen, durch Kompetenzseminare
- Unterstützung der medizinischen Forschung durch Vergabe eines jährlichen Forschungsauftrages
- Durchsetzung der Interessen von Menschen mit Schuppenflechte auf der gesellschaftlichen und politischen Ebene

*Gemeinsam stark!*

## Beitrittserklärung

Ich möchte Mitglied im Deutschen Psoriasis Bund e.V. (DPB) werden. Ich verpflichte mich, den gemäß der aktuellen Beitragsordnung (abrufbar unter [www.psoriasis-bund.de/psoriasis-bund/ordnungen](http://www.psoriasis-bund.de/psoriasis-bund/ordnungen)) und erhältlich über die Geschäftsstelle des DPB) jährlich fällig werdenden Mitgliedsbeitrag in Höhe von 59,- € (Stand Januar 2019) zu entrichten.

|                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name                                                                                         |
| Vorname                                                                                      |
| Straße/Nr.                                                                                   |
| PLZ/Ort                                                                                      |
| E-Mail                                                                                       |
| Ich möchte den Newsletter erhalten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Geburtsdatum                                                                                 |
| Eintrittsdatum                                                                               |

Diese Daten unterliegen dem Datenschutz. Ich willige ein, dass meine Daten (Name, Adresse, Mitgliedsnummer, Eintrittsdatum, E-Mail-Adresse) an eine ehrenamtlich tätige Gruppenleitung bzw. Kontaktperson des DPB in meiner Region weitergegeben werden. Im Falle einer Adressänderung darf das Postunternehmen dem DPB die Änderung mitteilen. (Bitte ggf. streichen)

Bitte einsenden an: Deutscher Psoriasis Bund e.V. (DPB), Seewartenstraße 10, 20459 Hamburg

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich gestatte dem Deutschen Psoriasis Bund e.V. (DPB), den gemäß der aktuellen Beitragsordnung (abrufbar unter [www.psoriasis-bund.de/psoriasis-bund/ordnungen](http://www.psoriasis-bund.de/psoriasis-bund/ordnungen)) und erhältlich über die Geschäftsstelle des DPB) zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag von meinem Konto abzubuchen. Diesen Lastschriftauftrag kann ich jederzeit fristlos widerrufen.

Gläubigeridentifikationsnummer: DE70ZZZ00000055454

|                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| IBAN: DE                                                                                                                                                                                                  |
| BIC:                                                                                                                                                                                                      |
| Kreditinstitut:                                                                                                                                                                                           |
| Mitgliedsnummer = Mandatsreferenz:<br>(wird vom DPB ausgefüllt)                                                                                                                                           |
| Zahlungsweise: <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich                                                                           |
| 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. |
| Datum/Unterschrift                                                                                                                                                                                        |



Deutscher Psoriasis Bund e.V. (DPB) | Seewartenstraße 10 | 20459 Hamburg  
Telefon: 040 223399-0 | [info@psoriasis-bund.de](mailto:info@psoriasis-bund.de) | [www.psoriasis-bund.de](http://www.psoriasis-bund.de)