|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ich möchte Mitglied im Förderverein werden! |  |
|  | Einzelmitglied (natürliche Person) |  | Euro |
|  |  | (Jahresmindestbeitrag 20 Euro) |
|  | Fördermitglied (natürliche Personen, juristische Personen) |  | Euro |
|  |  | (Jahresmindestbeitrag 20 Euro) |
|  | Ja, Sie können mir Informationen über den Förderverein auch per E-Mail an folgende E-Mail-Adresse zuschicken: |

|  |
| --- |
| Bitte haben Sie Verständnis, dass wir Sie mit dieser Beitrittserklärung bitten, in die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten einzuwilligen. Lesen Sie bitte dazu das Informationsblatt zum Datenschutz, das beigefügt ist. |
| SEPA-Lastschriftmandat | Gläubiger-ID: DE72ZZZ00002481873 |
| Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger „Förderverein zur Unterstützung der Komplementärmedizin für onkologische Patienten e.V.“ Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger „Förderverein zur Unterstützung der Komplementärmedizin für onkologische Patienten e.V.“ auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. |
| Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungstag, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. |
| Mandats-Referenz(wird vom Verein ausgefüllt bzw. mitder Eintrittsbestätigung zurückgemeldet)  |
| IBAN\* |
| BIC\* |
| Kontoinhaber\* |
| Bank\* |
| Name/Firma\* |
| Vorname/Name des Ansprechpartners\* |
| Straße\* |
| PLZ/Ort\* |
| E-Mail-Adresse\* |
| Telefon | Geburtstag |
| Bitte die Felder mit \* ausfüllen (sog. Pflichtangaben). Bei Beträgen über 300,- Euro erhalten Sie eine Spendenbescheinigung |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum  | Unterschrift |