|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 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. mit  der 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 |