



Beitrittserklärung

Jahres-Mitgliedsbeitrag: 20,00 Euro

Bitte ausgefüllt per Post an die o. g. Anschrift oder per E-Mail an buero@haarzell-leukaemie.de senden

Name, Vorname

____ / ____ / ____
TT MM JJJJ
Geburtsdatum

Straße, Hausnr.

PLZ Ort

Telefon

Telefon mobil

E-Mail

Antragsteller/in ist
Bitte ankreuzen

Patient/in

Angehörige/r

Hiermit erkläre ich durch meine Unterschrift den Beitritt zur Haarzell-Leukämie-Hilfe e.V. und erteile die Vollmacht, bis auf schriftlichen Widerruf, den Mitgliedsbeitrag und falls gewünscht, den Zusatzbeitrag von meinem Konto im SEPA-Lastschriftverfahren abbuchen zu lassen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, Lastschriften der Haarzell-Leukämie-Hilfe e.V. einzulösen. Die Satzung des Vereins ist mir bekannt und wird als verbindlich anerkannt. Zusätzlich gebe ich meine Einwilligung gemäß § 4 Abs.3 BDSG (Bundesdatenschutzgesetz) in Verbindung mit Art. 6 DSGVO (lit.a,e,f) (DatenschutzGrundverordnung) zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten.

Zusätzlich zum Mitgliedsbeitrag (20,00 €/Jahr) möchte ich den Verein mit ____ Euro

monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich unterstützen.
(Betrag bitte ausfüllen und ankreuzen, wenn gewünscht)

Name des Kreditinstituts

____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____
IBAN

BIC

.....
Konto-Inhaber/in
falls abweichend von/vom der/dem
Beitrittserklärenden

.....
Datum

.....
Unterschrift

Gläubiger-ID: DE28ZZZ00000355455

Mandatsreferenznummer und Abbuchungsdatum für den Mitgliedsbeitrag erhalten Sie mit der Aufnahmebestätigung.

Der Verein ist als gemeinnützige Organisation wegen Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege anerkannt. Spenden und Beiträge sind steuerlich begünstigt lt. Freistellungsbescheid des Finanzamtes Goslar, St.-Nr. 21/215/00345 vom 07.11.2023, Vereinsregister: AG Braunschweig VR 200082

Volksbank Nordharz Goslar eG

BIC: GENODEF1VNH

IBAN: DE43 2689 0019 3016 3277 00