

Aufnahmeantrag

Hiermit bitte ich um Aufnahme als Mitglied in die „Leukämie und Lymphom Selbsthilfegruppe Münsterland e.V.“

Name: _____ Vorname: _____

geb.am: _____ Telefon: _____ Mobil: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

E-Mail: _____

Die Satzung der Leukämie und Lymphom Selbsthilfegruppe Münsterland e.V. habe ich erhalten.

Datenschutz: Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Angaben nach den gesetzlichen Bestimmungen der DSGVO verarbeitet werden. Meine Daten dürfen ausschließlich für die Mitglieder- und Beitragsverwaltung sowie interne Mitteilungen verwendet werden.

Datum: _____

Unterschrift: _____

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger- ID: DE05ZZZ00000369449

Mandatsreferenz: Nachname

Ich ermächtige die „Leukämie und Lymphome Selbsthilfegruppe Münsterland e.V.“ in 59229 Ahlen, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Leukämie und Lymphom Selbsthilfegruppe Münsterland e.V. auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen. Die Ermächtigung gilt auch für Spenden. Voraussetzung ist eine schriftliche Spendenzusage, in der Höhe der Spende und der Zeitpunkt der Spende angegeben sind. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Abbuchung des Jahresbeitrages von EUR 15,00 erfolgt zum 31.März eines Jahres.

Vorname und Nachname (Kontoinhaber)

Straße

PLZ, Ort

Kreditinstitut

IBAN: DE _____

Ort, Datum und Unterschrift