

Haarzell-Leukämie-Hilfe e.V.

Postanschrift: Haarzell-Leukämie-Hilfe e.V., Postfach 3001, 38630 Goslar

Beitrittserklärung

Geburtsdatum

____/____/____
Tag Monat Jahr

Name, Vorname

Straße/Hausnr.

PLZ/Ort

Telefon - Festnetz

Telefon - Mobilfunk

E-Mail

Antragsteller/in ist Patient/in Angehörige/r

Bitte ankreuzen

Hiermit erkläre ich durch meine Unterschrift den Beitritt zur Haarzell-Leukämie-Hilfe e.V. und erteile die Vollmacht, bis auf schriftlichen Widerruf, den Mitgliedsbeitrag 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 §3 Abs.3 BDSG (Bundesdatenschutzgesetz) in Verbindung mit Art. 6 DSGVO (Datenschutz-Grundverordnung) zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten.

.....
Kreditinstitut (Name)

____/____/____/____/____/____
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

Bitte ausgefüllt per Post an die o. a. Anschrift senden