

Haarzell-Leukämie-Hilfe e.V.

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

Beitrittserklärung

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 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 (DatenschutzGrundverordnung) zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten.

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.