

# 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. 2 Bundesdatenschutzgesetz zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten.

.....  
Kreditinstitut (Name )

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

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

.....  
Datum

.....  
Unterschrift

Mandatsreferenznummer und Abbuchungsdatum für den Mitgliedsbeitrag erhalten Sie mit der Aufnahmebestätigung

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