

WERDEN SIE MITGLIED UND HELFEN SIE!



Wir freuen uns über jedes neue Vereinsmitglied!

Verein für krebskranke Kinder Harz e.V.
Feldstraße 17
38855 Wernigerode
+ 49 (0) 3943 / 23 85 72
info@verein-fuer-krebskranke-kinder-harz.de

Empfänger:

Verein für krebskranke Kinder Harz e.V.
Feldstraße 17

D-38855 Wernigerode

Ich möchte **AKTIVES MITGLIED** werden
und zahle einen monatlichen Mitgliedsbeitrag von 1,- EUR.

Ich möchte **FÖRDERNDES MITGLIED** werden

und helfe mit einer Spende in Höhe von Euro. (mindestens 25 EUR)

¼ jährlich. ½ jährlich. jährlich.

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Email-Adresse (falls vorhanden)

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der o.g. personenbezogener Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden. Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann. Ich bin damit einverstanden, dass der Verein im Zusammenhang mit dem Vereinszweck sowie satzungsgemäßen Veranstaltungen personenbezogene Daten und Fotos von mir ggf. auf der Homepage des Vereins veröffentlicht und diese ggf. an Print und andere Medien übermittelt. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit gegenüber dem Vorstand der Veröffentlichung von Einzelfotos und persönlichen Daten widersprechen kann. In diesem Fall wird die Übermittlung/Veröffentlichung unverzüglich für die Zukunft eingestellt. Etwa bereits auf der Homepage des Vereins veröffentlichte Fotos und Daten werden dann unverzüglich entfernt.

Ort

Datum

WERDEN SIE MITGLIED UND HELFEN SIE!



Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Verein für krebskranke Kinder Harz e.V.
Feldstraße 17
38855 Wernigerode

- Wiederkehrende Zahlung -

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE74ZZZ00001672275

Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

Name des Zahlungsempfängers:

Verein für krebskranke Kinder Harz e.V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

Name des Zahlungsempfängers:

Verein für krebskranke Kinder Harz e.V.

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber / Zahlungspflichtiger (Vorname, Name):

Straße / Hausnummer:

PLZ / Ort:

Name der Bank:

IBAN:

D E

BIC:

Ort, Datum:

Unterschrift:

Die von Ihnen angegebene Zahlung beträgt:

einzuziehen 1 x pro:

EUR:

Monat

Quartal

Jahr

Mind. 25,00 EUR / Jahr bei Fördermitgliedschaft
12,00 EUR / Jahr bei Aktiver Mitgliedschaft

Bei Aktiver Mitgliedschaft ist nur jährlicher Einzug
möglich