

# Antrag auf Mitgliedschaft

**Hilfe für krebskranke Kinder Frankfurt e. V. (gemeinnützig anerkannter Verein)**

Komturstraße 3, 60528 Frankfurt, Telefon: (069) 96 78 07- 0, Fax: (069) 96 78 07- 40

E-Mail: [info@kinderkrebs-frankfurt.de](mailto:info@kinderkrebs-frankfurt.de) [www.kinderkrebs-frankfurt.de](http://www.kinderkrebs-frankfurt.de)

Sie können bei uns entweder ordentliches Mitglied oder förderndes Mitglied werden.

A.)  Als Elternteil eines an Krebs erkrankten Kindes wähle ich die Option ordentliches Mitglied:  
Bitte reichen Sie mit diesem Anhang den Berechtigungsnachweis aus den Unterlagen der Klinik mit ein.

B.)  Ich möchte die wichtige Arbeit des Vereins unterstützen und werde förderndes Mitglied.

Unser Mindestbetrag jährlich beträgt 20 €. Ich zahle freiwillig einen jährlichen Beitrag von Euro \_\_\_\_\_

Zur Information: Sie können Ihren vollen Beitrag von der Steuer absetzen.

A.) Ordentliches Mitglied	B.) Förderndes Mitglied
Name, Vorname	Name, Vorname
Geburtsdatum	Firma
Straße, Hausnummer	Straße, Hausnummer
Postleitzahl, Ort	Postleitzahl, Ort
E-Mail	E-Mail
Telefon	Telefon
Handy	Handy
Erkranktes Kind	Raum für zusätzliche Infos:
Name, Vorname, Geburtsdatum	
Geschwisterkinder	
Name, Vorname, Geburtsdatum	
Name, Vorname, Geburtsdatum	
Name, Vorname, Geburtsdatum	

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

➔ Für Ihre Zahlung bitten wir Sie das umseitige SEPA-Lastschriftmandat auszufüllen und an uns zurückschicken.

Vorstand: Karin Reinhold-Kranz (Vorsitzende), Prof. Dr. Christian Steurer  
(Schatzmeister), Dr. Alexander Haines, Christoph König, Frank Seibert,  
Simone Bücken, Stefanie Stroh  
Ehrevorsitzende: Helga von Haselberg

## SEPA – Lastschriftmandat für Mitgliedsbeitrag

Gläubiger-Identifikationsnummer **DE67ZZZ00000898341**

Mandatsreferenz (wird Ihnen von uns separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Verein *Hilfe für krebskranke Kinder Frankfurt e.V.*, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein Hilfe für krebskranke Kinder Frankfurt e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Lastschriftinzug: jährlich




IBAN

BIC (8 oder 11 Stellen)




Die von Ihnen angegebenen Daten werden von uns elektronisch gespeichert. Die Speicherung erfolgt u. a. zum Zwecke der Mitgliederverwaltung und des Beitragseinzugs sowie zur Informationsweitergabe über Aktivitäten des Vereins. Ausführliche Hinweise zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie hier:

[https://www.kinderkrebs-frankfurt.de/Grundsätze\\_der\\_Datenverarbeitung.pdf](https://www.kinderkrebs-frankfurt.de/Grundsätze_der_Datenverarbeitung.pdf)