MITGLIEDSANTRAG

HILFE FÜR KREBSKRANKE KINDER FRANKFURT
Helfen. Heilen. Forschen.

Hinweise: Als Elternteil eines an Krebs erkrankten Kindes wählen Sie bitte die Option "**ordentliches Mitglied**". In diesem Fall bitten wir Sie die **Ärztliche Bescheinigung** der Klinik beizufügen.
Wenn Sie kein betroffenes Elternteil sind, unseren Verein dennoch gerne dauerhaft fördern und unsere Arbeit unterstützen wollen, wählen Sie bitte die Option „förderndes Mitglied“.

Ich möchte ☐ ordentliches Mitglied ☐ förderndes Mitglied werden im Verein

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 www.kinderkrebs-frankfurt.de

Mitgliedsbeiträge: Über die Mindestbeiträge hinaus ist jede beliebige Beitragshöhe herzlich willkommen!

Ich bin bereit, jährlich folgenden Beitrag zu leisten:

ordentliche Mitglieder, Erkrankte und ehemalige Erkrankte:	☐ 20,00 € Mindestbeitrag oder	☐ _____ €
fördernde Mitglieder natürliche Personen und Vereine:	☐ 48,00 € Mindestbeitrag oder	☐ _____ €
fördernde Mitglieder Firmen:	☐ 250,00 € Mindestbeitrag oder	☐ _____ €

Name, Vorname

Straße

PLZ, Wohnort

Telefon

E-Mail

Nur bei ordentlichen Mitgliedern

Vorname des erkrankten Kindes

Geburtsdatum des Kindes

Vorname(n) der Geschwister

Vorname(n) der Geschwister

Vorname(n) der Geschwister

SEPA – Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE67ZZZ00000898341, Mandatsreferenz (wird 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 Lastschrifteinzug: jährlich

Vorname und Nachname (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

IBAN

BIC (8 oder 11 Stellen)

Ort und Datum

Unterschrift

Die von Ihnen angegeben 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/Grundsaetze_der_Datenverarbeitung.pdf