



## Antrag auf Fördermitgliedschaft einer juristischen Person

Ja, wir möchten das Selbsthilfenetzwerk Kopf-Hals-M.U.N.D.-Krebs e.V. als Fördermitglied unterstützen.

Name der Institution: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Rechtlich vertreten durch:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Funktion: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Bitte in Druckschrift ausfüllen**

- Wir zahlen gerne den Mindestbeitrag von 60,- € pro Jahr.  
 Wir zahlen gern einen höheren Beitrag  90,- €  120,- €  \_\_\_\_\_ € pro Jahr.

Dieser Antrag auf Fördermitgliedschaft wird in Kenntnis und Anerkennung der **Satzung** des oben genannten Vereins gestellt. Die Mitgliedsdaten werden für die Dauer der Fördermitgliedschaft für vereinsinterne Zwecke gespeichert und nicht an Dritte weitergegeben.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis und die Richtigkeit meiner Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
rechtsverbindliche Unterschrift/Stempel

## Zahlungsweise des Förderbeitrags

- Wir zahlen den Beitrag per Überweisung zum 1. März auf das unten angegebene Vereinskonto.
- Wir ermächtigen den Selbsthilfenetzwerk Kopf-Hals-M.U.N.D.-Krebs e.V. hiermit zum Einzug des Fördermitgliedbeitrages per SEPA Lastschriftmandat
  - jährlich zum 1.März
  - halbjährlich zum 1.März und 1. September

von folgendem Konto:

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

Name der Bank \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
rechtsverbindliche Unterschrift/Stempel