



## Antrag auf Fördermitgliedschaft

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

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

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

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

**Bitte in Druckschrift ausfüllen**

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

- Ich zahle den Beitrag per Überweisung zum 1. März auf das unten angegebene Vereinskonto.  
 Ich ermächtige 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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift