Antrag auf Fördermitgliedschaft einer juristischen Person

Selbsthilfenetzwerk Kopf Hals Mund Krebs e. V.

Ja, wir möchten Fördermitglied werden.

Name der Institution: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Rechtlich vertreten durch:

Name, Vorname: _____

Funktion: _____

Strasse: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

☐ 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 der Mitgliedschaft erhalten sie automatisch in einem neutralen Umschlag quartalsweise unser Magazin „EpiFace“ sowie halbjährlich unseren Newsletter. Falls Sie dies nicht wünschen, machen Sie bitte hier ein Kreuz ☐

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

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

Antrag auf Fördermitgliedschaft einer juristischen Person

Selbsthilfenetzwerk Kopf Hals Mund Krebs e. V.

10 Jahre Miteinander stark.

Zahlungsweise

☐ Wir zahlen den Beitrag per Überweisung zum 1. März auf das unten angegebene Konto.

☐ Wir ermächtigen das Selbsthilfenetzwerk Kopf-Hals-Mund-Krebs e. V. hiermit zum Einzug des Fördermitgliedsbeitrages per SEPA Lastschriftmandat

☐ jährlich zum 1. März.

☐ halbjährlich zum 1. März und 1. September.

Kontoinhaber _____

IBAN _____

Name der Bank _____

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift