Antrag auf Fördermitgliedschaft

Selbsthilfenetzwerk Kopf Hals Mund Krebs e. V.

Ja, ich möchte das Selbsthilfenetzwerk Kopf-Hals-Mund-Krebs e. V. als Fördermitglied unterstützen.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

☐ 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 Vereins

☐ Ich ermächtige 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 _____

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 _____

Selbsthilfenetzwerk Kopf-Hals-Mund-Krebs e. V. , Thomas Mann Str. 40, 53111 Bonn, VR 11484
Bankverbindung DE19 8005 5500 0201 0289 05, BIC NOLADE21SES, Salzland Sparkasse
www.kopf-hals-mund-krebs.de, info@kopf-hals-mund-krebs.de, 022833889280