



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 der Mitgliedschaft erhalten sie automatisch in einem neutralen Umschlag quartalsweise unser Magazin „EpiFace“. 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