

Beitrittserklärung



Ich erkläre meinen Beitritt als Mitglied im Hautkrebs-Netzwerk Deutschland e.V.

Vorname: _____ Name: _____ Geburtsdatum: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

Ich erkenne die jeweils geltende Satzung des Vereins einschließlich der ergänzenden Ordnungen an und verpflichte mich, folgenden jährlichen Mitgliedsbeitrag

25,-- € für Mitglieder/Einzelpersonen

zu bezahlen und auf folgendes Konto zu überweisen:

Empfänger: Hautkrebs-Netzwerk Deutschland e.V.

Bank: Berliner Sparkasse

Vereinskontonummer: 190515937

IBAN: DE74100500000190515937

BIC: BELADEBEXX

Zusätzlich möchte ich _____ € spenden

Auf der Rückseite bitte SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen

Die Satzung sowie die ergänzenden Ordnungen können bei jedem Mitglied des geschäftsführenden Vorstandes sowie im Internet eingesehen werden. Mit der Speicherung, Übermittlung und der Verarbeitung personenbezogener Daten für Vereinszwecke, gemäß den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes, bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten.

Die Einladung zur Mitgliederversammlung erfolgt per E-Mail an die letzte bekannte E-Mail Adresse und wahrt so die Schriftform. Auf ausdrücklichen schriftlichen Wunsch erfolgt der Postversand.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Bitte senden Sie dieses Formular an das

Hautkrebs-Netzwerk Deutschland e.V.

c/oProf. Dr. E. W. Breitbart

Am Krankenhaus 1a

21614 Buxtehude

^

Hautkrebs-Netzwerk Deutschland e.V.
c/o Prof. Dr. E. W. Breitbart
Am Krankenhaus 1a
21614 Buxtehude



Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 97ZZZ00002166949

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt (Mitgliedsnummer)

SEPA-Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige das Hautkrebs-Netzwerk-Deutschland e.V, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Hautkrebs-Netzwerk-Deutschland e.V auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Bankverbindung:

Kreditinstitut: _____

IBAN: DE __ __ | __ __ __ __ | __ __ __ __ | __ __ __ __ | __ __ __ __ | __ __

Vor- und Nachname des Kontoinhabers: _____

Emailadresse: _____

Anschrift/PLZ/Ort (nur bei Abweichung zur Adresse des Antragstellers)

Ort/Datum/Unterschrift (bei Jugendlichen Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)