

Aufnahmeantrag

Die mit* gekennzeichneten Felder sind freiwillige Angaben. Mit der Angabe dieser Felder erklären Sie sich mit der Verarbeitung durch die Deutsche Leukämie- & Lymphom-Hilfe einverstanden. Ihre Einwilligung können Sie jederzeit widerrufen.

Natürliches Fördermitglied	
Name	E-Mail
Straße	Geburtsdatum*
PLZ / Ort	Beruf*
Telefon	Art der Erkrankung*
Fax*	Betroffener* <input type="checkbox"/> Angehöriger* <input type="checkbox"/> Arzt* <input type="checkbox"/> Sonstiges* <input type="checkbox"/>

Mit meiner/unserer Unterschrift erkenne/n ich/wir die Satzung der Deutschen Leukämie- und Lymphom-Hilfe (DLH e.V.) an.

.....
Ort, Datum und Unterschrift

Deutsche Leukämie-&Lymphom-Hilfe e.V., Thomas-Mann-Str. 40, 53111 Bonn

Gläubiger-Identifikationsnummer DE79ZZZ00000136675

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Mandatsreferenz (erhalten Sie separat mit der Aufnahmebestätigung)

Der Mitgliedsbeitrag wird durch den Struktur-Ehebungsbogen jährlich ermittelt. Pro Mitglied 5 €, mindestens 50 €, maximal 250 €.

1. Einzugsermächtigung: Wir ermächtigen die Deutsche Leukämie- & Lymphom-Hilfe e.V. widerruflich, die von uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von unserem Konto einzuziehen.

2. SEPA-Lastschriftmandat: Wir ermächtigen die Deutsche Leukämie- & Lymphom-Hilfe e.V., Zahlungen von unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Deutsche Leukämie- & Lymphom-Hilfe e.V. auf unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Nachname (Kontoinhaber) _____

Straße und Hausnummer _____

Postleitzahl und Ort _____

Name der Bank _____

IBAN _____

BIC SWIFT _____

Ort, Datum und Unterschrift _____