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 (DLH e.V.) einverstanden. Ihre Einwilligung können Sie jederzeit widerrufen.*

Natürliches Fördermitglied	
Name, Vorname	
Straße	**PLZ**
Ort	**E-Mail**
Telefon	**Fax***
Geburtsdatum*	**Erkrankung***
Beruf*	* **Betroffener □ Angehöriger □ Arzt □ Sonstiges □**

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung der Deutschen Leukämie- & Lymphom-Hilfe (DLH e.V.) an.

……..
Ort, Datum und Unterschrift

Der Mitgliedsbeitrag für Fördermitglieder beträgt mindestens 60,00 € pro Jahr.

Mein gewünschter Mitgliedsbeitrag beträgt _____ € pro Jahr.

Deutsche Leukämie- & Lymphom-Hilfe e.V., Thomas-Mann-Str. 40, 53111 Bonn
Gläubiger-Identifikationsnummer *DE79ZZZ00000136675*

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats:

Einzugsermächtigung / SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige die Deutsche Leukämie- & Lymphom-Hilfe (DLH e.V.), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Leukämie- & Lymphom-Hilfe (DLH e.V.) auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Nachname (Kontoinhaber)
_____
Straße und Hausnummer
_____
Postleitzahl und Ort
_____
Name der Bank
_____
IBAN
_____
BIC SWIFT
_____

……..
Ort, Datum und Unterschrift