

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 <input type="checkbox"/> Angehöriger <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/>

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