

Selbsthilfegemeinschaft Haut e.V.

Hautkrebs, Berufsdermatosen und weitere Hauterkrankungen



2 m² Haut

Selbsthilfegemeinschaft Haut e. V.
Neustr. 27a

42799 Leichlingen

Mitgliedserklärung

Vorname _____ Beruf _____

Name _____ Telefon _____

Straße/Hausnummer _____ Telefax _____

PLZ/Wohnort _____ E-Mail _____

Geburtsdatum _____

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Selbsthilfegemeinschaft Haut e. V..
Ich werde den Mitgliedsbeitrag sofort nach Erhalt meiner Mitgliedsnummer bezahlen.
Innerhalb des 1. Quartals jedes Jahres überweise ich den Mitgliedsbeitrag auf das Konto:
Kreissparkasse Köln **Konto-Nr.: 370 558 305 BLZ: 370 502 99**
IBAN: DE 73 370 502 99 0 370 558 305 / BIC-Code: COK SDE 33
Für das SEPA Basis Lastschrift Mandat bitte Rückseite ausfüllen.

Mir ist bekannt, dass die oben genannten Daten zum Zweck der Mitgliederverwaltung auf Datenträgern gespeichert werden.
Die Daten unterliegen dem Datenschutz. Ich bin damit einverstanden, dass mein Name und Adresse an die ehrenamtlich
tätige Gruppenleitung weitergeleitet wird:

ja nein (bitte ankreuzen !!!)

Der Verein ist als gemeinnützig anerkannt, Beiträge sind als Spenden absetzbar.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt: Einzelmitgliedschaft 35,- Euro

Datum _____

Unterschrift _____

Selbsthilfegemeinschaft Haut e.V.

Hautkrebs, Berufsdermatosen und weitere Hauterkrankungen



2 m² Haut

SEPA Lastschrift-Mandat

Gläubiger – Identifikationsnummer DE19ZZZ00000212057

Mandatsreferenz: _ _ _ _ _

SEPA – Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Selbsthilfegemeinschaft Haut e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Selbsthilfegemeinschaft Haut e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Anschrift des Zahlungspflichtigen

DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
IBAN

Kreditinstitut (Name und BIC)

Datum, Ort und Unterschrift des Zahlungspflichtigen