



**WOLFSBURG HILFT E.V.**



Verein für Patienten mit Leukämie-,  
Hodgkin- oder Plasmozytom-Erkrankung

## Beitrittserklärung

Mit diesem Dokument beantrage ich die Mitgliedschaft bei „Wolfsburg hilft e.V.“,  
Verein für Erwachsene bei Erkrankung mit Stammzelltransplantation

als  ordentliches Mitglied (25 € / Jahr)  
(bitte Mitgliedsstatus ankreuzen)

als  förderndes Mitglied (15 € / Jahr)

-----  
Name / Vorname

-----  
Geburtsdatum

-----  
Straße / Hausnummer

-----  
PLZ / Wohnort

SEPA – Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE79ZZZ00000560856

Ich ermächtige „Wolfsburg hilft e.V.“ Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von „Wolfsburg hilft 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.

Die jährliche Abbuchung des Mitgliedsbeitrages in Höhe von EUR \_\_\_\_\_ erfolgt am 17. Februar.  
Wenn der 17. Februar auf einen Sonn- oder Feiertag fällt, buchen wir am darauffolgenden Werktag ab. Der Bankauszug des Kreditinstitutes gilt als Beleg für Ihre jährliche Steuererklärung.

**Ihre persönlichen Daten** dienen ausschließlich der Kontaktaufnahme unsererseits. Sie werden nur zu diesem Zweck bei uns gespeichert und nicht an Dritte weitergegeben. Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie dem zu.

-----  
Name / Vorname (Kontoinhaber)

-----  
Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN: DE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

-----  
Ort / Datum

-----  
Unterschrift

„Wolfsburg hilft e.V.“, Schwarzer Weg 7, 38442 Wolfsburg (Fallersleben)  
Fon: 01 60 - 8 34 87 98 / Email: mail@wolfsburg-hilft.de

Bankverbindung: Volksbank Braunschweig-Wolfsburg  
IBAN: DE89 2699 1066 0650 6500 00 / BIC: GENODEF1WOB