



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

Telefon / mobil-Nr.

mail-Adresse

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 Beitrages 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, wenn abweichend)

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN: DE ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Ort / Datum

Unterschrift