

Eintrittserklärung

Hiermit beantrage ich, _____
(Name, Vorname)

die Fördermitgliedschaft in der
Leukämie- und Lymphom-Hilfe in Hessen e.V., Am Schlangensee 133, 64807 Dieburg.

PLZ, Ort: _____

Straße und Haus-Nr.: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung der Leukämie- und Lymphom-Hilfe in Hessen e.V. an. Mit der Speicherung, Übermittlung und der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke, gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes, bin ich einverstanden.

Ich habe jederzeit die Möglichkeit vom Verein Auskunft über die von mir gespeicherten Daten zu erhalten.

Datum, Unterschrift _____

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Leukämie- und Lymphom-Hilfe in Hessen e.V. (Gläubiger ID DE73ZZZ00001339098) den Jahresbeitrag in Höhe von € _____ (mindestens 12€) von meinem unten genannten Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an die von der Leukämie- und Lymphom-Hilfe in Hessen 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.

Kontoinhaber/in: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Kreditinstitut: _____

Datum, Unterschrift: _____