

BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich / wir trete/n dem Bundesverband Neurofibromatose e.V. als Mitglied bei als (bitte ankreuzen)

☐ Einzelperson	Jahresbeitrag	45,00 €	
☐ Ehepaar/Familie	Jahresbeitrag	60,00 €	
☐ Personen mit geringen Einkommen (auf Antrag)	Jahresbeitrag	18,00 €	
☐ Organisation ☐ Institution ☐ Unternehmen	Jahresbeitrag	260,00 €	
☐ Fördermitglied	Jahresbeitrag	€	(ab 50,00 € frei wählbar)

Die Mitgliedschaft ist jederzeit zum Jahreswechsel schriftlich kündbar.

Mir ist bekannt, dass die mich betreffenden Daten im Verein erhoben, gespeichert und verarbeitet werden, soweit sie für das Mitgliedschaftsverhältnis, die Betreuung und Verwaltung der Mitglieder und die Verfolgung der Vereinsziele erforderlich sind. Alle mit (*) gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder. Alle anderen Angaben sind freiwillig und helfen uns, unsere Mitglieder besser zu unterstützen.

Name, Vorname*:

Straße*:

PLZ/Ort*:

Telefon*:

E-Mail:

Unterschrift*:

Bitte angeben: Betroffen von

Neurofibromatose Typ1 ☐ oder Typ 2 ☐ Schwannomatose ☐

- ▶ bin ich selbst (Vorname) _____ Geb. Datum _____
- Ich bin berufl. tätig als _____
- ▶ ist mein (Ehe)Partner (Vorname) _____ Geb. Datum _____
- ▶ ist mein Kind (Vorname) _____ Geb. Datum _____

Ich bin interessiert, die Verbandsarbeit aktiv zu unterstützen ☐ ja

Ich habe Kontakte zu Firmen oder Förderern, die die Arbeit des Verbandes unterstützen können ☐ ja

Ich verfüge über Fachkompetenz im Bereich _____, die ich gerne mit einbringe.

SEPA-Lastschriftmandat: Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 5 0 Z Z Z 0 0 0 0 0 3 2 8 2 5 - Mandatsreferenz (ist Ihre Mitgliedsnummer)

Ich ermächtige den Bundesverband Neurofibromatose e.V. widerruflich, den jährlichen Mitgliedsbeitrag im März eines jeden Kalenderjahres von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Der Betrag für das laufende Jahr wird innerhalb eines Monats nach Eingang der Beitrittserklärung abgebucht. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Bundesverband Neurofibromatose 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.

Name des Kreditinstituts*:

BIC*:

IBAN*:

Kontoinhaber*:

Ort, Datum*:

Unterschrift*: