

# AUFNAHMEANTRAG



Deutsche Hirntumorhilfe e.V.  
Mitgliederverwaltung  
Gerichtswiesen 3  
04668 GRIMMA  
DEUTSCHLAND

Ich beantrage die Mitgliedschaft im Verein Deutsche Hirntumorhilfe unter Anerkennung der Satzung.  
Der Mitgliedsbeitrag wird einmal jährlich per Lastschrift eingezogen.

Art der Mitgliedschaft     Fördermitgliedschaft     aktive Mitgliedschaft/ehrenamtliche Mitarbeit  
 Ja, mein Name darf als Förderer veröffentlicht werden.

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Anrede

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Handy

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## SEPA-Lastschriftmandat für den jährlichen Mitgliedsbeitrag

in Höhe von  60,00 Euro oder  \_\_\_\_\_ Euro (freiwillig höherer Beitrag)

Ich ermächtige die Deutsche Hirntumorhilfe e.V. wiederkehrend, den jährlichen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels SEPA-Lastschriftmandat einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Hirntumorhilfe e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut/Ort: \_\_\_\_\_

IBAN: \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_

BIC: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Die Gläubiger-Identifikationsnummer und die Mandatsreferenz werden separat mitgeteilt. Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basislastschrift wird mich die Deutsche Hirntumorhilfe e.V. über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

## Zusätzliche Angaben zum Mitgliedsantrag

Ihre Angaben dienen ausschließlich der internen Verwendung und werden von uns vertraulich behandelt. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht.

### Statistische Daten

Patient  selbst

- Ehemann  Ehefrau  Bruder  Schwester  Sohn  
 Tochter  Mutter  Vater  Freund  Freundin  
 Sonstige \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Histologie

- Glioblastom  
 Astrozytom WHO Grad III  
 Astrozytom WHO Grad II  
 Astrozytom WHO Grad I  
 Oligoastrozytom WHO Grad III  
 Oligoastrozytom WHO Grad II  
 Oligodendrogliom WHO Grad III  
 Oligodendrogliom WHO Grad II  
 Medulloblastom  
 Meningeom  
 Ependymom  
 Metastasen in Folge \_\_\_\_\_  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

Diagnose (Monat/Jahr) \_\_\_\_\_ Rezidiv (Monat/Jahr) \_\_\_\_\_

### Person des Vertrauens

(Vertrauensperson des Mitglieds/weiterer Ansprechpartner)

\_\_\_\_\_  
Name Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße PLZ/Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon E-Mail

**Deutsche Hirntumorhilfe e.V.**  
Karl-Heine-Straße 27 · 04229 Leipzig

**Telefon** 0049.341.590 93 96  
**Telefax** 0049.341.590 93 97  
**E-Mail** info@hirntumorhilfe.de  
**Internet** www.hirntumorhilfe.de

**Vorstand**  
Sven Schaaf · Wolfgang Puttrich  
Kerstin Sieverdingbeck · Kristina Herbst  
Nancy Poser · Anja Urbanek

**Registergericht**  
Amtsgericht Leipzig  
Registernummer 3323 VR

**Spendenkonto Sparkasse Muldental**  
BLZ 860 50 200 · Kto. Nr. 10 100 36 900

**IBAN** DE 83 8605 0200 1010 0369 00  
**BIC** SOLADES 1 GRM

**Spendenkonto VR-Bank Muldental**  
BLZ 860 954 84 · Kto. Nr. 5000 153 500

**IBAN** DE 07 8609 5484 5000 153 500  
**BIC** GENO DE F1 GMV