

AUFNAHMEANTRAG

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

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

Telefon 0341.590 93 96
Telefax 0341.590 93 97
E-Mail info@hirntumorhilfe.de
Internet www.hirntumorhilfe.de

Vorstand
Sven Schaaf

Registergericht
Amtsgericht Leipzig
Registernummer 3323 VR

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

- Art der Mitgliedschaft
- Fördermitgliedschaft*
 - ordentliche Mitgliedschaft*
 - Ja, mein Name darf als Förderer / Mitglied veröffentlicht werden.

..... Name Anrede / Titel
..... Vorname Geburtsdatum
..... Straße Beruf
..... PLZ / Ort E-Mail
..... Telefon Mobiltelefon
..... Ort / Datum Unterschrift

Person des Vertrauens

(Vertrauensperson des Mitglieds / weiterer Ansprechpartner)

..... Name Vorname
..... Straße E-Mail
..... PLZ / Ort Telefon

* Ordentliche Mitglieder können alle volljährigen natürlichen Personen werden, die sich den Zielen des Vereins verpflichtet fühlen und diese durch aktive Mitarbeit unterstützen. Fördermitglieder können natürliche und juristische Personen des privaten und öffentlichen Rechts werden, die bereit sind, den Verein regelmäßig zu fördern. Fördermitglieder sind in der Mitgliederversammlung nicht stimmberechtigt (vgl. § 3 der Satzung).

Freiwillige Angaben

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

Bezug zum Thema Patient Angehöriger

Wer ist Patient? Partner Partnerin Vater Mutter
 Bruder Schwester Sohn Tochter
 Freund Freundin
 Sonstige

Alter bei Erstdiagnose

Histologie Glioblastom Meningeom
 Astrozytom WHO-Grad 3 Astrozytom WHO-Grad 2
 Akustikusneurinom
 Metastasen in Folge von
 Sonstige

Diagnose (Monat / Jahr) Rezidiv (Monat / Jahr)

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 Betrags 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.

* Der Mitgliedsbeitrag ist steuerlich absetzbar.