



Kraniopharyngeom-Gruppe

Die Selbsthilfegruppe
von Betroffenen – für Betroffene

Unsere Anschrift

Kraniopharyngeom-Gruppe
c/o Deutsche Kinderkrebsstiftung
Adenauerallee 134
53113 Bonn

■ Bitte Lastschriftmandat ausfüllen! ►

Mitgliedsantrag: Ich beantrage eine Familienmitgliedschaft Einzelmitgliedschaft

Vorname und Name des Betroffenen: **Geburts-**
datum:

Namen der Eltern (bei Minderjährigen): oder **Firmennamen** bei
fördernder Mitgliedschaft

Straße und
Hausnummer:

PLZ, Wohnort,
ggf. auch Land:

Telefon, Handy:

Emailadresse/n:

Hinweise zum Datenschutz: Personenbezogene Daten werden nur mit Ihrem Wissen und Einwilligung erhoben. Eine Weitergabe der Adresse erfolgt nur im Sinne der Selbsthilfegruppe und nur mit Ihrer Einwilligung. Eine Auskunft über Ihre gespeicherten Daten erhalten Sie gerne auf Antrag.

Ich bin damit einverstanden, dass meine/unsere Kontaktdaten über die Kraniopharyngeom-Gruppe an andere von der Erkrankung Betroffene weitergegeben werden können.

Zusätzliche Informationen, die an das Leitungsteam der Kraniopharyngeom-Gruppe ausschließlich zum Zwecke gezielter Ansprache/Beratung weitergegeben werden dürfen:

Operation(en),
Wann und wo wurde operiert?:

Behandlungen (z.B. Bestrahlung),
Sonstiges:

Ich wünsche **Informationen, Kontakte** zu anderen Betroffenen.

Ich möchte kostenlos die Zeitschrift WIR der Deutschen Kinderkrebsstiftung erhalten.

Ort, Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Kraniopharyngeom-Gruppe
c/o Deutsche Kinderkrebsstiftung
Adenauerallee 134
53113 Bonn

Deutsche Kinderkrebsstiftung
IBAN: DE48 3708 0040 0055 5666 00
Commerzbank Köln DRESDEFF370
Zweck: **Kraniopharyngeom-Gruppe**

Ansprechpartner:
Info@kraniopharyngeom.de
www.kraniopharyngeom.de

bitte zurücksenden an:

Deutsche Kinderkrebsstiftung
z.Hd. Sabine Sharma
Adenauerallee 134
53113 Bonn

Gläubiger-Identifikationsnummer der Deutschen
Kinderkrebsstiftung: DE97ZZZ00000126942
– Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt –

Mitgliedsbeitrag für die Kraniopharyngeom-Gruppe

Name, Vorname des (betroffenen) Mitglieds/Familienmitglieds

Der Jahresbeitrag für Familienmitgliedschaften oder Einzelmitglieder der Kraniopharyngeom-Gruppe beträgt mindestens 12,- €. Der Betrag kann freiwillig mehr als 12 € betragen, der erhöhte Betrag gilt bis auf Widerruf. Der Beitrag wird für jedes angefangene Jahr der Mitgliedschaft erhoben (Ausnahme: Beitritt erst nach dem Treffen der Gruppe im August oder September bis Jahresende) und wird gemäß vorheriger Ankündigung in der Regel im Juli jeden Jahres eingezogen.

→ Mein/unser Mitgliedsbeitrag soll _____ Euro pro Jahr betragen

SEPA-Lastschriftmandat

Name und Vorname des Kontoinhabers

Straße, PLZ, Ort

(Telefon-Nummer, E-Mail)

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die Deutsche Kinderkrebsstiftung, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Deutschen Kinderkrebsstiftung auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN: D E _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

BIC: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Bankname: _____

Ort, Datum und Unterschrift der Kontoinhaberin/ des Kontoinhabers