



# Kraniopharyngeom-Gruppe

## Die Selbsthilfegruppe von Betroffenen - für Betroffene

Unsere Anschrift

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

Datum: \_\_\_\_\_

■ Bitte zweite Seite beachten! ►

**Mitgliedsantrag:** Ich möchte eine  Familienmitgliedschaft,  Einzelmitgliedschaft (Je eine Stimme)

**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

Ich wünsche **Informationen und 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: DE 04 3708 0040 0055 5666 16  
Commerzbank Köln DRESDEFF370  
Zweck: **Kraniopharyngeom-Gruppe**

**E-Mail:**  
Info@kraniopharyngeom.de

**Internetadresse :**  
www.kraniopharyngeom.de

bitte zurücksenden an:

**Deutsche Kinderkrebsstiftung**  
**z.Hd. Birgit Merklinghaus**  
**Adenauerallee 134**  
**53113 Bonn**

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

## Mitgliedsbeitrag für die Kraniopharyngeom-Gruppe

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 September bis Jahresende) und wird in der Regel im Mai jeden Jahres nach vorheriger Ankündigung eingezogen.

Mein/unser Mitgliedsbeitrag soll \_\_\_\_\_ Euro pro Jahr betragen

## SEPA-Lastschriftmandat

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname des Kontoinhabers

\_\_\_\_\_  
Straße, PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
(Telefon-Nummer, Email)

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/des Kontoinhaberin/Kontoinhaber/s

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

Deutsche Kinderkrebsstiftung  
IBAN: DE 04 3708 0040 0055 5666 16  
Commerzbank Köln DRESDEFF370  
Zweck: **Kraniopharyngeom-Gruppe**

**E-Mail:**  
Info@kraniopharyngeom.de  
**Internetadresse :**  
www.kraniopharyngeom.de