



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