

Selbsthilfegruppe C-Zell-Karzinom e.V.

Website: www.c-zell-karzinom.info

Vorsitzender: Michael Dixon-Beier, Kastanienstraße 28, 67459 Böhl-Iggelheim, Tel.: 06324-970347

Stellvertreter: Tobias Grad, Kreuzstraße 14, 92318 Neumarkt, Tel.: 09181-5230584, E-Mail: c-zell@posteo.de

Einverständniserklärung / Beitrittserklärung

Wichtiger Hinweis: Ihre Angaben werden streng vertraulich und nur für die Selbsthilfegruppenarbeit verwendet. Die Einverständniserklärung / Beitrittserklärung (inkl. SEPA-Lastschriftmandat) kann jederzeit widerrufen werden. Dies führt dann zur nachhaltigen Löschung Ihrer Daten. Zudem haben Sie das Recht auf Auskunft und Berichtigung Ihrer Daten. Details hierzu finden Sie in unseren „Informationen für Mitglieder und Interessierte unseres Vereins über den Datenschutz nach der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)“, welche Sie im Download-Bereich unserer Website herunterladen können.

Hiermit trete ich dem Verein Selbsthilfegruppe C-Zell-Karzinom e.V. bei und erkenne die Satzung des Vereins an. Die Satzung kann bei Veranstaltungen eingesehen und mitgenommen werden. Zudem kann die Satzung auf der Website des Vereins heruntergeladen werden. Ich bin damit einverstanden, dass meine nachstehenden Daten (unter Beachtung der DSGVO und BDSG-neu) von der Selbsthilfegruppe C-Zell-Karzinom e.V., für vereinsinterne Zwecke, in einer EDV-gestützten Mitglieder- und Beitragsdatei, erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Die Daten werden zur Mitgliederverwaltung, zur Zusendung von Veröffentlichungen aus dem Vereinsleben und zur Beitragsverwaltung genutzt.

Vor- und Nachname*: _____ Jahrgang*: _____

Straße*: _____

PLZ*, Wohnort*: _____

Telefon*: _____ E-Mail: _____

Selbst betroffen: JA, seit: _____ NEIN

Familiäre Variante: JA NEIN

Manche Betroffene suchen Kontakt zu Mitbetroffenen in ihrer Umgebung.

Meine Adresse kann am Austausch Interessierte weitergegeben werden: JA NEIN

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

SEPA-Lastschriftmandat*

Ich ermächtige die Selbsthilfegruppe C-Zell-Karzinom e.V. den Jahresmitgliedsbeitrag von derzeit 10,- Euro oder einen freiwilligen Beitrag in Höhe von _____ Euro jährlich zum 20.08. von meinem unten stehenden Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Der Beitrag ist steuerlich absetzbar.

Wichtiger Hinweis: 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.

Die Gläubiger-ID des Vereins: DE37ZZZ00000335311. Ihre Mandatsreferenz-Nr. erhalten Sie gesondert.

IBAN: DE _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _

BIC (8 oder 11 Stellen): _ _ _ _ _ _ _ _

Bank: _____

Vor- und Nachname (Kontoinhaber/in): _____

Adresse: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Bitte senden Sie dieses Formular an unsere Kassiererin: Ursula Vogg, Gartenstr. 3, 86476 Neuburg a.d. Kammel, da uns sonst vereinsintern mehr Portoaufwand entsteht. Vielen Dank!

*Pflichtangaben