

# Antrag auf Mitgliedschaft



Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Mastozytose Selbsthilfe Netzwerk.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Form: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum : \_\_\_\_\_

Status: Patient/in:  Angehörige/r:  Sonstige:  \_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Mastozytose Selbsthilfe Netzwerk in der aktuell gültigen Fassung an.

Die Aufnahme in den Verein erfolgt auf Beschluss des Vorstandes.

Ich bin an aktiver Mitarbeit im Verein interessiert:  ja  nein

Mastozytose Selbsthilfe Netzwerk, Edith-Stein-Straße. 17, 51519 Odenthal

**Gläubiger-Identifikationsnummer** DE60ZZZ00002253654

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

**Mandatsreferenz** (erhalten Sie separat mit der Aufnahmebestätigung)

Der Mindestbeitrag für Mitglieder beträgt 30 € pro Jahr. Die Summe kann nach oben angepasst werden. Ich zahle einen Jahresbeitrag von \_\_\_\_\_ €. Die Abbuchung des Mitgliedsbeitrages erfolgt per SEPA-Lastschriftmandat.

**Hinweis:** Der Jahresbeitrag ist fällig am 01.03. eines jeden Jahres; bei Neueintritt am 15. des Folgemonates, der dem Eintrittsmonat folgt.

## Einzugsermächtigung

Ich ermächtige das Mastozytose Selbsthilfe Netzwerk widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von unserem Konto einzuziehen.

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige das Mastozytose Selbsthilfe Netzwerk Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Mastozytose Selbsthilfe Netzwerk auf mein Konto bezogenen Lastschriften einzulösen. 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 personenbezogenen Daten unterliegen den Vorschriften EU-DSGVO und werden nur für satzungsgemäße Zwecke erhoben.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner Daten einverstanden.

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_  
Name der Bank: \_\_\_\_\_  
IBAN: \_\_\_\_\_  
BIC SWIFT: \_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte füllen Sie dieses Formular **Deutlich in Druckbuchstaben** aus und senden es unterschrieben an:

**Mastozytose Selbsthilfe Netzwerk; c/o Nicole Hegmann ; Edith-Stein-Straße 17; 51519 Odenthal  
oder per Fax an +49 2207 9629253**