

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Mastozytose Selbsthilfe Netzwerk e.V.

mit * gekennzeichnete Felder sind Pflichtfelder

* Name: _____ * Vorname: _____
 * Straße: _____ * PLZ: _____
 * Telefon: _____ * Ort: _____
 Mobil: _____ * E-Mail: _____
 Firma: _____ Geburtsdatum: _____

* Status: Patient/in: Angehörige/r: Angehörige/r Kind: Sonstige: _____

* Ort/Datum: _____ * Unterschrift: _____

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Mastozytose Selbsthilfe Netzwerk e.V. in der aktuell gültigen Fassung an und bin mit einer Kontaktaufnahme per E-Mail, Telefon oder Brief einverstanden.

Die Aufnahme in den Verein erfolgt auf Beschluss des Vorstandes.

Ich bin an aktiver Mitarbeit im Verein interessiert: ja nein

Mastozytose Selbsthilfe Netzwerk e.V. 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 (Natürliche Person) Mitglieder beträgt 40€ pro Jahr. Für Fördermitglieder oder Juristische Person wird der Beitrag gemeinsam beschlossen. Die Summe kann nach oben angepasst werden. Ich zahle einen freiwilligen Jahresbeitrag von _____ €. Die Abbuchung des Mitgliedsbeitrages erfolgt per SEPA-Lastschriftmandat.

Hinweis: Der Jahresbeitrag ist fällig am 01.03. eines jeden Jahres; bei Neueintritt laut Rechnungstellung vom Verein.

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 e.V. ; c/o Nicole Hegmann ; Edith-Stein-Straße 17; 51519 Odenthal
 oder per Fax an +49 2207 9629253
 oder per Email (eingescannt und unterschrieben) an Kontakt@mastozytose-info.de**