Leukämiehilfe Passau e.V.

Dr. Stefan Kuklinski
1. Vorsitzender
Peter-Rosegger-Str. 20 b
94036 Passau
Tel.: 0851 87796
LHPeV@t-online.de
www.leukaemie-hilfe-passau.de

Leukämiehilfe Passau e.V., Peter-Rosegger-Str. 20 b, 94036 Passau

Leukämie Hilfe Passau e.V.

Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich

_____
Vorname, Name

_____
Beruf

_____
Straße, Hausnummer

_____
Postleitzahl, Ort

_____
Geburtsdatum

_____
E-Mail-Adresse (wenn vorhanden)

die Aufnahme im Leukämie-Hilfe-Passau e.V. als Mitglied.

_____
Ort, Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen eines Erziehungsberechtigten)

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten elektronisch abgespeichert und verarbeitet werden. Selbstverständlich werden diese Daten nicht an Dritte weitergegeben. Sollte ich Internetdienste (Webspace, E-Mail etc.) des Leukämie-Hilfe-Passau Vereins nutzen, erkenne ich die Nutzungsbedingungen (siehe http://www.leukaemie-hilfe-passau.de/disclaimer/) an.

_____
Ort, Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen eines Erziehungsberechtigten) - diese Zustimmung ist notwendig

Den jährlichen Mitgliedsbeitrag in Form des
[ ] Jahresbeitrags von 30 Euro (Einzug vom Kto. Jeweils zum 1.10. des laufenden Geschäftsjahres, zugleich auch Mindestbeitrag)

[ ] freiwillig erhöhten Beitrags in Höhe von _____ Euro
(bitte ankreuzen und ggf. ausfüllen - ist kein Feld angekreuzt gilt der Mindestbeitrag)

( ) ich bin befreit vom Mitgliedsbeitrag (als Betroffener, Schüler, Student, Auszubildender, Jugendlicher bis 18 Jahre)

( ) ich stelle Antrag auf Befreiung vom Mitgliedsbeitrag aufgrund ……..….

[ ] bitte - bis auf Widerruf - von folgendem Konto abbuchen:

_____
Kontonummer, Bank, Bankleitzahl (bitte Angaben überprüfen - bei Fehlbuchungen entstehen dem Leukämie-Hilfe-Passau e.V. Kosten)

_____
Datum, Unterschrift des Kontoinhabers

Antrag bitte per Post an:
Leukämie Hilfe Passau e.V.
c/o H. Dr.med. Stefan Kuklinski
Peter-Rosegger-Strasse 20 b
94036 Passau