



## Beitrittserklärung

Name und Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt als  ordentliches Mitglied  Firmen-Mitgliedschaft

bei den Weggefährten, Elternhilfe zur Unterstützung tumorkranker Kinder Braunschweig e.V.

Den Jahresbeitrag von \_\_\_\_\_ Euro (mindestens 25 €)

kann der Verein per SEPA-Basislastschrift gemäß dem beigefügten SEPA-Lastschriftmandat von meinem Konto einziehen. Erstmalig 14 Tage nach Erhalt der Mitgliedsbestätigung, dann jährlich im ersten Quartal des Kalenderjahres;

werde ich jährlich überweisen auf das Konto des Vereins „Weggefährten, Elternhilfe zur Unterstützung tumorkranker Kinder Braunschweig e.V.“ bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank EG, Braunschweig:

IBAN: DE07 3006 0601 0005 6113 85 BIC: DAAEDEDXXX .

Mir ist bekannt, dass die mich betreffenden Daten von dem Verein erhoben, gespeichert und verarbeitet werden, soweit sie für das Mitgliedsverhältnis und die Verfolgung der Vereinsziele erforderlich sind.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat:

Hiermit ermächtige ich die „Weggefährten, Elternhilfe zur Unterstützung tumorkranker Kinder Braunschweig e.V.“ meinen jährlichen Mitgliedsbeitrag mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von den „Weggefährten, Elternhilfe zur Unterstützung tumorkranker Kinder Braunschweig e.V.“ auf mein Konto bezogene 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.

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Name des Kreditinstitutes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift