

Mitgliedsantrag



MUKOVISZIDOSE

CF-Selbsthilfe Osnabrück e. V.

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als ordentliches Mitglied in der CF-Selbsthilfe Osnabrück e.V. und im Bundesverband Mukoviszidose e.V. Bonn

Persönliches

Name, Vorname

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Eltern

Therapeut/in

Patient/in

Angehörige

Geburtsdatum des betroffenen Kindes (falls zutreffend)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

E-Mail

Telefon

Ich möchte im Verein mitarbeiten

Ja

Nein

Ich ermächtige hiermit den Bundesverband Mukoviszidose e.V. den Mitgliedsbeitrag in Höhe von 72 € und den CF-Selbsthilfe Osnabrück e.V., den Mitgliedsbeitrag in Höhe von 12 € von meinem Konto mittels Lastschrift jährlich einzuziehen.

Therapeuten zahlen 36 € an den Bundesverband Mukoviszidose e.V. und 12 € an den CF-Selbsthilfe Osnabrück e.V..

Unterschrift

Datenschutzerklärung

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen satzungsgemäß verwendet und automatisiert verarbeitet werden dürfen.

Unterschrift

Bankverbindung

Name des Bankinstituts

IBAN

BIC

Unterschrift

Das Mandat gilt sowohl für den Bundeverband Mukoviszidose e.V., als auch für den CF-Selbsthilfe Osnabrück e.V..

Datum der Aufnahme