

S.E.L.P. e.V.
Selbsthilfevereinigung zur Unterstützung erwachsener Leukämie- und Lymphompatienten e.V.
c/o Raphaelsklinik - Loerstr. 23 - 48143 Münster
Finanzamt Münster-Innenstadt St.-Nr. 337/5970/1436
Volksbank Münster eG IBAN: DE54 4016 0050 2722 0046 00

BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich möchte die Selbsthilfevereinigung zur Unterstützung erwachsener Leukämie- und Lymphompatienten e.V. durch meine Mitgliedschaft unterstützen.

Pflichtangaben:

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ / Ort: _____

Geb.-datum: _____ Telefon: _____

Mandatsreferenz: _____ E-Mail: _____

(wird von der S.E.L.P. e.V. vergeben)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die S.E.L.P. e.V. (**Gläubiger-Identifikationsnummer DE89ZZZ00000043860**) meinen Jahresbeitrag in Höhe von _____ Euro (Mindestbeitrag 30,-- €) von meinem Konto per Lastschrift einzuziehen

IBAN

D E

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, auf mein Konto gezogenen 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.

Ort, Datum

Unterschrift

Datenschutzhinweis

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten im Rahmen der Mitgliedschaft erhoben und verarbeitet werden (z.B. Beitragseinzug, Einladungen zu Versammlungen und Veranstaltungen, Rundbriefzusendung). Die im Anhang abgedruckten Informationspflichten gemäß Artikel 13 und 14 DSGVO habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.
Meine Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Freiwillige Angaben:

Ich () / ein Angehöriger () meiner Familie ist an Leukämie, einem Lymphom oder einer ähnlichen Blutsystemerkrankung erkrankt

Name: _____ Alter: _____

Art der Erkrankung: _____

Behandlung: _____

KMT () / periphere Blutstammzelltransplantation () am _____ in _____

Art der Transplantation: autolog () allogene: Familienspender () Fremdspender ()

Besteht Interesse an einem Erfahrungsaustausch mit anderen, gleichartig Erkrankten? ja () nein ()

Ich bin damit einverstanden, daß meine Telefonnummer zu diesem Zwecke weitergegeben werden darf: ja () nein ()