

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als **Fördermitglied** im  
**Mukoviszidose e.V. AACHEN**  
und erteile hiermit ein Mandat für das SEPA-Lastschriftverfahren

<b>Name:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Straße:</b>	
<b>Ort:</b>	
<b>Plz:</b>	
<b>Land</b>	
<b>Mandatsreferenz:</b> <small>(Wird vom Mukoviszidose e.V. ausgestellt und Ihnen dann mitgeteilt)</small>	

Die Höhe des Förderbeitrages können Sie selbst bestimmen, er sollte jedoch nicht kleiner als 30 € sein. Bitte tragen Sie weiter rechts → den gewünschten Betrag ein.

€

Ich ermächtige den Mukoviszidose e.V. AACHEN hiermit diesen Betrag, jährlich im Januar mittels Lastschrift, einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Mukoviszidose e.V. AACHEN eingereichten Lastschriften einzulösen!  
Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen satzungsgemäß verwendet werden.

<b>Unterschrift: →</b> <small>(Aufnahmeantrag)</small>		<b>Datum: →</b>	
Ich möchte im Verein mitarbeiten	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>	Bitte ankreuzen
<b>Festnetz- Telefon: →</b>		<b>Mobiltelefon →</b>	
<b>Fax:</b>		<b>Email: →</b>	

**Unbefristetes SEPA-Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung): Gläubiger-  
Identifikationsnummer: DE38 ZZZ 000 002 414 94**

<b>Name des Bankinstitutes:</b>	
<b>IBAN:</b>	
<b>BIC:</b>	
<b>Unterschrift:</b>	

**Datum der Aufnahme:**

**Vorstandsvorsitzender:**