

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als
Ordentliches Mitglied
 im **Mukoviszidose e.V. AACHEN**
 und im **Bundesverband Mukoviszidose e.V.**

| | | | |
|--|--------|----------|-----------|
| Name: | | Vorname: | |
| Geburtsdatum: | | | |
| Bitte ankreuzen: | Eltern | Patient | Therapeut |
| Geburtsdatum des betroffenen Kindes (falls zutreffend): | | | |
| Land: | | Straße: | |
| PLZ: | | Ort: | |
| Mandatsreferenz: (Wird vom Verein ausgestellt und Ihnen dann mitgeteilt) | | | |
| <p>Ich ermächtige den Bundesverband Mukoviszidose e.V. hiermit den Mitgliedsbeitrag in Höhe von 72 € und den Mukoviszidose e.V. AACHEN 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 Mukoviszidose e.V. AACHEN. Gegen Antrag/Nachweis kann der Mitgliedsbeitrag reduziert oder auch ganz erlassen werden. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Bundeverband Mukoviszidose e.V. und Mukoviszidose e.V. AACHEN auf mein Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen!</p> | | | |

| | | | |
|---|--|---------------|-------------|
| Unterschrift: (Aufnahmeantrag) | | Datum: | |
| Ich möchte im Verein mitarbeiten (bitte ankreuzen): | | JA | NEIN |
| Festnetz-Telefon: | | Mobiltelefon: | |
| Email: | | | |

| | |
|--|----------------------------|
| <p>Datenschutzerklärung Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen satzungsgemäß verwendet und automatisiert verarbeitet werden dürfen.</p> | <p>Unterschrift</p> |
|--|----------------------------|

| | |
|--|--|
| <p>Unbefristetes SEPA-Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung): Gläubiger-Identifikationsnr. des Mukoviszidose e.V.: DE99 ZZZ 000 000 343 54 Gläubiger-Identifikationsnr. des Mukoviszidose e.V. AACHEN: DE38 ZZZ 000 002 414 94</p> | |
| Name des Bankinstitutes: | |
| IBAN: | |
| BIC: | |
| Unterschrift: | |

Das Mandat gilt sowohl für den Bundeverband Mukoviszidose e.V., als auch für den Mukoviszidose e.V. AACHEN

Wird vom Verein ausgefüllt:

| | |
|---------------------|-------------------------------|
| Datum der Aufnahme: | Unterschrift 1. Vorsitzender: |
| | |