

Krebsberatung Stade

Lebens- und Sozialberatung
für Krebspatienten und deren Angehörige
in Stade und Buxtehude e.V.

Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein Krebsberatung Stade Lebens- und Sozialberatung für Krebspatienten und deren Angehörige in Stade und Buxtehude e.V.

Nachname, Vorname

Firma/Institution

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Geburtsdatum

E-Mail

Telefon Festnetz

Telefon Mobil

Ich werde einen jährlichen Beitrag zahlen von: _____ €*

(* Der jährliche Mindestbetrag beträgt 25,00 €, Abbuchung jährlich.)

Hiermit ermächtige ich den Verein Krebsberatung Stade Lebens- und Sozialberatung für Krebspatienten und deren Angehörige in Stade und Buxtehude e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

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.

IBAN

BIC

Kreditinstitut

Kontoinhaber

Ort, Datum, Unterschrift

Wir verarbeiten Ihre Daten im Zusammenhang Ihrer Mitgliedschaft in unserem Verein zur Mitglieds- und Beitragsverwaltung (Rechtsgrundlage DSGVO, Art. 6, Abs.1 Teil b) und die Daten werden für Nachweiszwecke 6 Jahren gespeichert.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter:

<https://www.krebsberatung-stade-buxtehude.de/Datenschutz>