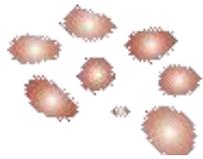


# Gesellschaft für KinderKrebsForschung e.V.

Gemeinnütziger Verein



(Bitte Zutreffendes ankreuzen)

**Fördererklärung:** Ich unterstütze die Arbeit der „Gesellschaft für KinderKrebsForschung e.V.“ dauerhaft mit einem Betrag in Höhe von  € jährlich. Ich möchte jedoch kein Mitglied werden.

**Beitrittserklärung:** Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein „Gesellschaft für KinderKrebsForschung e.V.“

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

E-Mail Adresse

Telefon (für Rückfragen)

Ort, Datum

Unterschrift

Ich stimme der Speicherung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten zu, soweit es für die Durchführung der satzungsgemäßen Aufgaben der GKKF erforderlich ist (vgl. Datenschutzerklärung: [www.kinder-krebs-forschung.de/ueber-uns/datenschutz/](http://www.kinder-krebs-forschung.de/ueber-uns/datenschutz/)).

Der Verwendung meiner E-Mail-Adresse im Rahmen der Vereinstätigkeiten stimme ich zu.

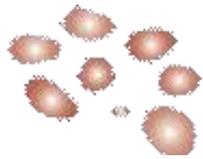
Diese Einwilligungserklärung gilt ab dem Datum meiner Mitgliedschaft im Verein und endet mit der Beendigung meiner Mitgliedschaft im Verein. Die Einwilligungserklärung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich gegenüber dem Verein widerrufen werden. Jedes Mitglied hat das Recht auf Auskunft über seine gespeicherten Daten, Berichtigung seiner gespeicherten Daten im Falle der Unrichtigkeit, Sperrung seiner Daten und Löschung seiner Daten.

Bei Beitritt bitte ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen:

<input type="checkbox"/> Einzelperson	Jahresbeitrag	50.- €
<input type="checkbox"/> Familie	Jahresbeitrag	80.- €
<input type="checkbox"/> Firma, Verein etc.	Jahresbeitrag	150.- €
	zzgl. Spendenbeitrag (optional)	<input type="text"/> €
	<b>Gesamtbetrag</b>	<input type="text"/> €

Wird auf das Konto des Vereins überwiesen

Soll per Lastschrift eingezogen werden (siehe SEPA Mandat nächste Seite)



## SEPA Mandat

(Bei Lastschriftverfahren bitte ausfüllen)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE66ZZZ00000208495

Mandat:

Name

Vorname

Ich ermächtige die Gesellschaft für KinderKrebsForschung e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Gesellschaft für KinderKrebsForschung auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Kontoinhabers

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut

BIC

IBAN

DE   -     -     -     -     -

Ort, Datum

Unterschrift