



FÖRDERMITGLIEDSANTRAG

Meine Unterstützung für die Potsdamer Klinikclowns des Lachen hilft e.V.

Ich möchte die Arbeit der Potsdamer Klinikclowns des Lachen hilft e.V. unterstützen durch:

- eine Spende in Höhe von _____ €
- eine Fördermitgliedschaft (Jahresbeitrag mind. 45,00 €)

Name -----

Anschrift -----

E-Mail -----

- einmalig
- regelmäßig jährlich halbjährig vierteljährig

Bis auf Widerruf ab __. __. ____ von meinem Konto einzuziehen.

- Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die/den von mir/uns zu entrichtende Spende/Jahresfördermitgliedsbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten des

IBAN -----

BIC -----

Bank -----

mittels Lastschriftverfahren einzuziehen.

- Ich überweise den Betrag auf ihr Spendenkonto:

Lachen hilft e.V.
IBAN DE19 1605 0000 1000 9776 48
BIC WELADED1PMB
Mittelbrandenburgische Sparkasse in Potsdam



FÖRDERMITGLIEDSANTRAG

- Bitte senden sie mir über den obigen Betrag eine Spendenbescheinigung zu.
- Ich bin damit einverstanden über Aktuelles und Informationen über den Lachen hilft e.V. per E-Mail informiert zu werden.

**Wir weisen gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz darauf hin, dass zum Zweck der Mitglieder-
verwaltung und -betreuung folgende Daten der Mitglieder in automatisierten Dateien gespeichert,
verarbeitet und genutzt werden: Namen, Adressen, Kontaktdaten.**

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung folgender mitgliedsbezogener Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden: Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer, E-Mail-Adresse.
Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

Der Lachen hilft e.V. ist verpflichtet, folgende mitgliedsbezogene Daten an den Dachverband *Clowns in Medizin und Pflege Deutschland e.V.* zu übermitteln: Name, Geburtsdatum, Eintrittsdatum. Mit dieser Übermittlung im Rahmen des Vereinszwecks bin ich einverstanden.

Datum

Unterschrift

