



FÖRDERMITGLIEDSANTRAG

Liebe Klinikclowns des Lachen hilft e.V.,

hiermit beantrage ich

Name -----
Anschrift -----
Geburtsdatum -----
E-Mail-Adresse -----
Telefon * -----

meine Aufnahme als Fördermitglied in den Lachen hilft e.V. zum __. __. 20__.

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

- eine Fördermitgliedschaft in Höhe von (Jahresbeitrag mind. 60,00 €) ----- €
Abbuchung bitte: jährlich halbjährig vierteljährig
- mit einer zusätzlichen einmaligen Spende in Höhe von ----- €

Spendenkonto

Lachen hilft e.V.
IBAN DE19 1605 0000 1000 9776 48
Mittelbrandenburgische Sparkasse

PayPal

kontakt@lachenhilft.de

- Bitte senden sie mir eine Spendenbescheinigung zu.
- Ich bin damit einverstanden, über Aktuelles und Neuigkeiten des Lachen hilft e.V. per E-Mail informiert zu werden.

Wir weisen gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung 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.



FÖRDERMITGLIEDSANTRAG

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

Lachen hilft e.V.
Postfach 601014
14410 Potsdam

Fälligkeitsdatum ab: _____.____._____

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Lachen hilft e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Lachen hilft e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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.

Kontoinhaber*in

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Kreditinstitut

IBAN

BIC:

Datum

Unterschrift

Vom Kontoinhaber abweichendes Mitglied

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Fördermitgliedschaft von:

Vorname und Name: _____