

Förderverein „Mama/ Papa hat Krebs“  
Kaiserslautern e.V.



Gläubiger-Identifikationsnummer:  
DE34ZZZ00000217025

Ich möchte  ordentliches Mitglied werden (mind. 50,- EUR/ Jahr)  
 förderndes Mitglied

des Fördervereins „Mama/Papa hat Krebs“ e.V. werden.

Mein jährlicher Beitrag beträgt EUR \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
**Vorname und Name (Kontoinhaber)**

\_\_\_\_\_  
**E-Mail**

\_\_\_\_\_  
**Straße und Hausnummer**

\_\_\_\_\_  
**Telefon**

\_\_\_\_\_  
**Postleitzahl und Ort**

\_\_\_\_\_  
**Datum, Ort und Unterschrift**

**SEPA – Lastschriftmandat**

Ich ermächtige den Förderverein „Mama/ Papa hat Krebs“ Kaiserslautern e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein „Mama/ Papa hat Krebs“ Kaiserslautern 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.

\_\_\_\_\_  
**Kreditinstitut (Name und BIC)**

DE \_\_ | \_\_ | \_\_ | \_\_ | \_\_ | \_\_  
**IBAN**

\_\_\_\_\_  
**Datum, Ort und Unterschrift**

Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

**Einwilligung zur Speicherung persönlicher Daten**

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis zur Speicherung meiner persönlichen Angaben in der Datei der Krebsgesellschaft Rheinland-Pfalz e.V. bzw. des Fördervereins „Mama/ Papa hat Krebs“ Kaiserslautern e.V..

Diese Daten dürfen nur im Zusammenhang mit der Mitgliederverwaltung des Fördervereins „Mama/ Papa hat Krebs“ Kaiserslautern e.V. **intern** verwendet werden.

\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift