



## Erklärung zur Mitgliedschaft / Einzugsermächtigung

Hiermit bekräftige/n ich/wir meine/unsere Mitgliedschaft im CF Selbsthilfe Braunschweig e.V. bzw. damit gleichzeitig im Mukoviszidose e.V. - Bundesverband wie folgt:

---

**Name/Vorname des Mitgliedes**

---

**Straße / PLZ / Ort**

---

**Telefon / E-Mail-Adresse**

---

**Ort / Datum / Unterschrift**

Ich bin betroffen als:     Mukoviszidose-Patient             Elternteil             Angehöriger

Name u. Geb. Datum des Kindes/der Kinder mit CF \_\_\_\_\_

### Mitgliedsbeitrag 72 Euro jährlich

Ich beantrage     Beitragsreduzierung (36 Euro)     Beitragsbefreiung (gem. Beitragsordnung)

Ich ermächtige den Mukoviszidose e.V. den eingetragenen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Mukoviszidose e.V. auf mein Konto eingezogene Lastschrift einzulösen.

**Beitragszahlung**     jährlich             halbjährlich             vierteljährlich

BIC \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

---

Ort / Datum / Unterschrift

### Datenschutzerklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen satzungsgemäß verwendet und automatisiert verarbeitet werden dürfen.

---

Ort / Datum / Unterschrift