



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