Aufnahmeantrag

Name _____

Vorname _____

geb. am _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon* _____

Email-Adresse* _____

* Freiwillige Angaben

☐ Einzelmitgliedschaft (60 € jährlich) ☐ Familienmitgliedschaft (80 € jährlich)

☐ aktive Mitgliedschaft (Fabry-Patienten und Angehörige) ☐ passive Mitgliedschaft

Weitere Mitglieder (nur bei Familienmitgliedschaften)

Vorname	Nachname	Geburtstag

Ich beantrage hiermit die Mitgliedschaft in der Morbus Fabry Selbsthilfegruppe e.V.. Ich bin damit einverstanden, dass die Morbus Fabry Selbsthilfegruppe e.V. die von mir angegeben Daten zum Zwecke der Vereinsführung speichert, auswertet und verwendet.
Die Datenschutzhinweise gemäß Artikel 13, 14 und 21 DS-GVO habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Bankinstitut: _____

IBAN _____

BIC _____

Ich ermächtige die MFSH e.V. die von mir zu entrichtenden Beitragszahlungen bis auf Widerruf bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen. Die Mandatsreferenz wird schriftlich mitgeteilt.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift