



Aufnahmeantrag

Alle Felder sind Pflichtfelder

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Geb.-Datum _____

Telefon _____

E-Mail _____

trete dem Verein Selbsthilfegruppe für komplementvermittelte Erkrankungen e.V. bei.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE25ZZZ00001455683

Mandatsreferenz _____

Ich ermächtige den Verein Selbsthilfegruppe für komplementvermittelte Erkrankungen e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein Selbsthilfegruppe für komplementvermittelte Erkrankungen 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.

IBAN _____

BIC _____

BANK _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Datenschutzerklärung

Mir ist bekannt, dass die mich betreffenden Daten in dem Verein erhoben, gespeichert und verarbeitet werden, soweit sie für das Mitgliedschaftsverhältnis, die Betreuung und der Verwaltung der Mitglieder und die Verfolgung der Vereinsziele erforderlich sind.

Die Einwilligung zur Datenspeicherung und Datenverarbeitung kann jederzeit widerrufen werden. Schreiben Sie dazu eine E-Mail an info@ahus-selbsthilfe.de. Ein solcher Widerruf kann den Ausschluss aus dem Verein zur Folge haben.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

**Bitte senden Sie den unterschriebenen Aufnahmeantrag an:
SKE e.V., Christiane Mockenhaupt, Kreuzstr. 28, 52441 Linnich**