



Kraniopharyngeom-Gruppe

Die Selbsthilfegruppe von Betroffenen - für Betroffene

Unsere Anschrift

Kraniopharyngeom-Gruppe
c/o Deutsche Kinderkrebsstiftung
Adenauerallee 134
53113 Bonn

Datum: _____

■ Bitte zweite Seite beachten! ►

ich möchte kostenlos die Zeitschrift
 WIR **Total Normal** (16–30 Jahre)
der Deutschen Kinderkrebsstiftung erhalten

Mitgliedsantrag: Ich will eine Familienmitgliedschaft Einzelmitgliedschaft

Vorname und Name des Betroffenen: _____ **Geburts-**
datum: _____

Namen der Eltern (bei Minderjährigen): _____ oder **Firmennamen** bei
fördernder Mitgliedschaft

Straße und Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort, ggf. auch Land: _____

Telefon, Handy: _____

Emailadresse/n: _____

Hinweise zum Datenschutz: Personenbezogene Daten werden nur mit Ihrem Wissen und Einwilligung erhoben. Eine Weitergabe der Adresse erfolgt nur im Sinne der Selbsthilfegruppe und nur mit Ihrer Einwilligung. Eine Auskunft über Ihre gespeicherten Daten erhalten Sie gerne auf Antrag.

Ich wünsche **Informationen, Kontakte** zu anderen Betroffenen

Mein Beitrag: _____ € im Jahr (mind. 12,- Euro) – per Abbuchung, siehe Lastschriftmandat
Der Beitrag für Familienmitgliedschaften oder Einzelmitglieder beträgt 12 €. Er kann aber bis auf Widerruf auch von Ihnen erhöht werden. Sie würden damit die Gruppenarbeit sehr fördern.

Ich bin damit einverstanden, dass meine/unsere Kontaktdaten über die Kraniopharyngeom-Gruppe an andere von der Erkrankung Betroffene weitergegeben werden können

Zusätzliche Informationen, die über die Kraniopharyngeom-Gruppe an andere von der Erkrankung Betroffene weitergegeben werden dürfen:

Operation(en),
Wann und Wo wurde operiert?:

Behandlungen (z.B. Bestrahlung),
Sonstiges:

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Kraniopharyngeom-Gruppe
c/o Deutsche Kinderkrebsstiftung
Adenauerallee 134
53113 Bonn

Deutsche Kinderkrebsstiftung
Kontonummer: 00 555 666 00 BLZ: 37080040
IBAN: DE48370800400055566600
Commerzbank Köln DRESDEFF370
Zweck: **Kraniopharyngeom-Gruppe**

E-Mail:
Info@kraniopharyngeom.de
Internet:
Ansprechpartner:
www.kraniopharyngeom.de

bitte zurücksenden an:

Deutsche Kinderkrebsstiftung
z.Hd. Sabine Sharma
Adenauerallee 134
53113 Bonn

Gläubiger-Identifikationsnummer der Deutschen
Kinderkrebsstiftung: DE97ZZZ00000126942
– Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt –

Mitgliedsbeitrag für die Kraniopharyngeom-Gruppe

- Familienmitgliedschaft (1 Stimme) Einzelmitgliedschaft (1 Stimme)

Name, Vorname des (betroffenen) Mitglieds/Familienmitglieds

Der Jahresbeitrag für Familienmitgliedschaften oder Einzelmitglieder der Kraniopharyngeom-Gruppe beträgt mindestens 12,- €. Der Betrag kann freiwillig mehr als 12 € betragen, der erhöhte Betrag gilt bis auf Widerruf. Der Beitrag wird für jedes angefangene Jahr der Mitgliedschaft erhoben (Ausnahme: Beitritt erst nach dem Treffen der Gruppe im September bis Jahresende) und wird in der Regel im Mai jeden Jahres nach vorheriger Ankündigung eingezogen.

→ Mein/unser Mitgliedsbeitrag soll _____ Euro pro Jahr betragen

SEPA-Lastschriftmandat

Name und Vorname des Kontoinhabers

Straße, PLZ, Ort

(Telefon-Nummer, Email)

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die Deutsche Kinderkrebsstiftung, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Deutschen Kinderkrebsstiftung auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN: D E _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

BIC: _ _ _ _ _ _ _ _ Bankname: _____

Ort, Datum und Unterschrift der/des Kontoinhaberin/Kontoinhaber/s