

FÖRDERMITGLIEDSCHAFT

Der/Die Unterzeichner/in erklärt hiermit seinen/ihren Beitritt zur Gesellschaft für Mukopolysaccharidosen e.V. und verpflichtet sich, nach der Satzung des Vereins zu handeln.



Gesellschaft für
Mukopolysaccharidosen e.V.

Beratungs- und Geschäftsstelle
Herstallstraße 35
63739 Aschaffenburg

Die mit * gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder.

_____ *Name, Vorname	_____ Geburtsdatum
_____ Beruf	_____ *Telefon/E-Mail
_____ Name, Vorname d. Ehe-/Lebenspartners	_____ Geburtsdatum
_____ ggf. Name der Firma	
_____ *Straße, Hausnummer	_____ *PLZ, Ort

Jahresbeitrag Fördermitgliedschaft: (zahlbar erstes Quartal)

Fördermitgliedschaft Einzelperson

- € 50,00
 individueller Beitrag >50 €
in Höhe von _____

Fördermitgliedschaft juristische Person:

- € 200,00
 individueller Beitrag > 200 €
in Höhe von _____

Datum Ort Unterschrift

Einzugsermächtigung (SEPA-Lastschriftmandat)

Der/Die Unterzeichner/in erklärt hiermit seinen/ihren Beitritt zur Gesellschaft für Mukopolysaccharidosen e.V. und verpflichtet sich, nach der Satzung des Vereins zu handeln. Ich ermächtige die Gesellschaft für Mukopolysaccharidosen e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Gesellschaft für Mukopolysaccharidosen e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: (1) Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. (2) Die Gläubiger-Identifikationsnummer der Gesellschaft für MPS e.V. sowie die Mandatsreferenz erhalte ich nach dem Beitritt in einem gesonderten Schreiben.

Vorname und Name des Kontoinhabers Straße und Hausnummer PLZ und Ort

Kreditinstitut (Name) | _____ DE _____
(BIC) IBAN

Datum Ort Unterschrift

Spendenquittung und Newsletter

Gesellschaft für
Mukopolysaccharidosen e.V.

Beratungs- und Geschäftsstelle
Herstallstraße 35
63739 Aschaffenburg

Name, Vorname

Name, Vorname

Ja, ich / wir möchten die Spendenquittung digital erhalten und zwar an folgende E-Mailadresse:

Ja, ich / wir möchte / möchten den digitalen Newsletter erhalten

Datum

Unterschrift

Unterschrift

Speicherung der Daten

*Hiermit erteile ich / erteilen wir mein / unser Einverständnis zur Speicherung meiner / unserer im Formular angegebenen Daten durch die Gesellschaft für Mukopolysaccharidosen e.V. Die Datenschutzerklärung habe ich / haben wir zur Kenntnis genommen. Wir versichern Ihnen, dass wir Ihre Daten höchst vertraulich behandeln! Sie können diese Erklärung jederzeit widerrufen.

Warum werden Sie Fördermitglied?

Ich habe eine betroffene Person im Familien-/Verwandtenkreis

Name, Vorname

Krankheitstyp

Ich habe eine betroffene Person im Freundes-/Bekanntenkreis

Name, Vorname

Krankheitstyp

Sonstiges _____

Ich möchte darüber keine Auskunft geben

Beratungs- und Geschäftsstelle

Gesellschaft für MPS e. V.
Herstallstraße 35, 63739 Aschaffenburg
Telefon: 06021 - 44636-0
E-Mail: info@mps-ev.de
Internet: www.mps-ev.de

Bankverbindung Mitgliedsbeiträge

IBAN DE45 80080000 0815310300
BIC DRESDEFF800
(Commerzbank)

Spendenkonto

IBAN DE57 55020500 0007605700
BIC BFSWDE33MNZ
(Bank für Sozialwirtschaft)