



Verein zur Förderung der
Stiftung CURA PLACIDA für krebskranke Kinder e.V.

C/O STIFTUNG CURA PLACIDA | NIKOLAUSSTR. 27 | 82335 BERG

AUFNAHMEANTRAG / SPENDE

NAME, VORNAME
GEBURTSDATUM
ADRESSE*
PLZ / WOHNORT*
TELEFON
E-MAIL*

* Änderungen der Anschrift und E-Mail-Adresse werde ich dem Verein umgehend mitteilen.

Hiermit beantrage ich die **Aufnahme in den Verein zur Förderung der Stiftung CURA PLACIDA für krebskranke Kinder e.V. im Rahmen einer Fördermitgliedschaft** ab dem Zeitpunkt der Unterzeichnung dieses Aufnahmeantrages. Der Jahresbeitrag beträgt € 200,00 und wird jährlich zum 31.03. fällig. Die Zahlung der Beiträge kann durch SEPA-Lastschriftmandat erfolgen. Die Fördermitgliedschaft ist jährlich kündbar.

Ich möchte gerne mit einer **einmaligen Geldspende** helfen:

BETRAG (IN EURO)

Diesen Betrag überweise ich auf das Konto des Vereins zur Förderung der Stiftung CURA PLACIDA für krebskranke Kinder e.V. : **IBAN DE04 7002 0270 0015 7863 34.**

Ich bitte um Zusendung einer **Spendenquittung** an die oben genannte Adresse.

Ich bin damit einverstanden, dass der Verein zur Förderung der Stiftung CURA PLACIDA für krebskranke Kinder e.V. meine Personalien (z.B. Name, Anschrift, Geburtsdatum, E-Mail-Adresse, Telefonnummer und vergleichbare Daten) erhebt, speichert, nutzt und den Mitarbeitern zur Verfügung stellt. Die Daten werden ausschließlich benutzt in allen Angelegenheiten, die dem Vereinszweck dienen. Die Informationen zum Datenschutz auf der Webseite www.curaplacida.org habe ich zur Kenntnis genommen. **Die vorstehende Einwilligungserklärung ist freiwillig.** Ich kann sie jederzeit widerrufen

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT

RÜCKANTWORT AN

foerderverein@curaplacida.de **oder**

Verein zur Förderung der Stiftung CURA PLACIDA für krebskranke Kinder e.V.
c/o Stiftung Cura Placida, Nikolausstr. 27, 82335 Berg



Verein zur Förderung der
Stiftung CURA PLACIDA für krebskranke Kinder e.V.

C/O STIFTUNG CURA PLACIDA | NIKOLAUSSTR. 27 | 82335 BERG

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT
WIEDERKEHRENDE ZAHLUNGEN

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE76ZZZ00001965276
Mandatsreferenz: (Mitglieds-Nr.)

Ich ermächtige den Verein zur Förderung der Stiftung CURA PLACIDA für krebskranke Kinder e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein zur Förderung der Stiftung CURA PLACIDA für krebskranke Kinder e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

KREDITINSTITUT

IBAN

BIC/SWIFT

KONTOINHABER

Die Daten werden zur Vereinsverwaltung auf elektronischen Datenträgern während der gesamten Mitgliedschaft gespeichert.

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.

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT

RÜCKANTWORT AN

foerderverein@curaplacida.de **oder**

Verein zur Förderung der Stiftung CURA PLACIDA für krebskranke Kinder e.V.
c/o Stiftung Cura Placida, Nikolausstr. 27, 82335 Berg