



# Gynäkologische Krebserkrankungen Deutschland e.V.

Abt. Eierstockkrebs-Deutschland

1. Vorsitzende: Andrea Krull,  
Wrangelstraße 12, 24539 Neumünster  
Kostenlose HilfeHotline: 0800 56 925 63

## Beitrittserklärung und SEPA-Lastschriftmandat

Bitte in Druckschrift vollständig ausgefüllt und unterschrieben an den Verein senden!

*Gerne können Sie als Betroffene auch einen anderen individuellen, reduzierten, monatlichen Betrag an uns zahlen. Sprechen Sie uns bitte hierzu an!*

**Bitte zutreffendes ankreuzen:**

- Den Jahresbetrag überweise ich selbst auf das unten genannte Konto des Vereins.
- Der Jahresbetrag soll jährlich per Lastschrift bis auf Widerruf eingezogen werden.
- Ich bin selbst erkrankt und möchte den reduzierten Betrag von **30,00 Euro/Jahr** zahlen.
- Ich bin selbst erkrankt und zahle den vollen Betrag von **60,00 Euro/Jahr**.
- Ich bin Angehöriger/Zugehöriger/Anderer Unterstützer - Der Jahresbetrag in Höhe von **60,00 €/Jahr** soll jährlich per Lastschrift bis auf Widerruf eingezogen werden.
- Wir sind eine Firma/Verein/Institution/Verband und zahlen **120,00 Euro** pro Jahr Mitgliedsbeitrag.
- Meine Schuhgröße ist \_\_\_\_\_
  
- Ich möchte **aktives / stimmberechtigtes** Mitglied sein.
- Ich möchte **stilles / nicht stimmberechtigtes** Mitglied / „Unterstützer“ sein und Ihren Verein gerne finanziell unterstützen.
- Ich / Wir möchten als Fördermitglied in der Vereinshomepage aufgeführt werden.

Verein/Firmenname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Mobil / Tel.: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Kontodaten:** Volksbank - Raiffeisenbank eG Rendsburg / **IBAN:** DE16 2146 3603 0003 2090 59;  
**BIC:** GENODEF1SLW.

Ich ermächtige den **Verein Gynäkologische Krebserkrankungen Deutschland e.V.**, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Gyn. Krebserkrankungen Deutschland 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.

Die Mandatsreferenznummer wird Ihnen mit einer MitgliedsBestätigung zugehen. Zahlungsart wiederkehrend. Sie können jederzeit kündigen. Die Mitgliedschaft verlängert sich automatisch, falls nicht schriftlich gekündigt wird.

Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

IBAN : \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber/In

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Beitretende/r

Mit seiner/ihrer Unterschrift erklärt der/die Unterzeichner/in den Beitritt in den Verein  
**Gynäkologische Krebserkrankungen Deutschland e.V. / Schwerpunkt ESK**

**Verein für Gynäkologische Krebserkrankungen Deutschland e.V. /Schwerpunkt ESK**

Volksbank - Raiffeisenbank eG RENDSBURG, **IBAN:** DE16 2146 3603 0003 2090 59,

**BIC:** GENODEF1SLW / VEREINSSITZ: Neumünster, Gerichtsstand: VR6536K11,

Amtsgericht Kiel, Steuernr : 20/294/80165

Postadresse: Wrangelstr. 12; 24539 Neumünster