



Verein zur Unterstützung von
Kindern mit krebserkrankten Eltern

Antrag auf Vollmitgliedschaft

Vor- und Zuname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Mein jährlicher Mitgliedsbeitrag beträgt Euro

(Mindestbetrag € 75,-)

Hiermit erteile ich – bis auf Widerruf – Aufwind! e.V. die
Einzugsermächtigung per SEPA-Lastschriftmandat von
folgendem Konto:

Kontoinhaber

Kreditinstitut

IBAN

Ich erkenne die Satzung des Vereins an.

Ort, Datum

Unterschrift

Ich erkläre hiermit, dass ich über die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch Aufwind! e.V. gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) informiert bin und meine Einwilligung erteile. Informationen zum Datenschutz finde ich auf der Webseite www.aufwind-wiesbaden.de.