S.E.L.P. e.V.
Selbsthilfevereinigung zur Unterstützung erwachsener Leukämie- und Lymphompatienten e.V.
c/o Raphaelsklinik - Loerstr. 23 - 48143 Münster

B E I T R I T T S E R K L Ä R U N G

Ich möchte die Selbsthilfevereinigung zur Unterstützung erwachsener Leukämie- und Lymphompatienten e.V. durch meine Mitgliedschaft unterstützen.

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ / Ort: _____

Geb.-datum: _____ Telefon: _____

Mandatsreferenz: _____ E-Mail: _____
(wird von der S.E.L.P. e.V. vergeben)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die S.E.L.P. e.V. (**Gläubiger-Identifikationsnummer DE89ZZZ00000043860)** meinen Jahresbeitrag in Höhe von _____ Euro (Mindestbeitrag 30,-- €) von meinem Konto per Lastschrift einzuziehen

BLZ _____ Kto-Nr. _____

IBAN

D E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BIC (8 oder 11 Stellen)

| | | | | | | | | | | |

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, 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.

_____
Ort, Datum Unterschrift

Freiwillige Angaben:

Ich ( ) / ein Angehöriger ( ) meiner Familie ist an Leukämie, einem Lymphom oder einer ähnlichen Blutsystemerkrankung erkrankt

Name: _____ Alter: _____

Art der Erkrankung: _____

Behandlung: _____

KMT ( ) / periphere Blutstammzelltransplantation ( ) am _____ in _____

Art der Transplantation: autolog ( ) allogen: Familienspender ( ) Fremdspender ( )

Besteht Interesse an einem Erfahrungsaustausch mit anderen, gleichartig Erkrankten? ja ( ) nein ( )

Ich bin damit einverstanden, daß meine Telefonnummer zu diesem Zwecke weitergegeben werden darf ja ( ) nein ( )

Wir sind durch Bescheinigung des Finanzamtes Münster-Außenstadt, StNr. 336/5827/0338, als **gemeinnützig anerkannt**.

Konto Nr.: 2722 004 600 Volksbank Münster eG BLZ 401 600 50

IBAN (Intern. Bankkonto): DE54 4016 0050 2722 0046 00