

Verein für krebskranke Kinder - Odenwald e.V.  
In den Rosengärten 26  
64711 Erbach

FAX.: 06062-913026  
E-Mail: krebskranke-kinder-odenwald@t-online.de



## BEITRITTSERKLÄRUNG

zum Verein für krebskranke Kinder - Odenwald e.V.

NAME, VORNAME: .....  
(bzw. FIRMA:)

STRASSE: .....

PLZ WOHNORT: .....

TELEFON: .....

E-MAIL: .....

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum Verein für krebskranke Kinder - Odenwald e.V.

Mein Jahresbeitrag: ..... € (Mindestjahresbeitrag 25,00 € bei Privatpersonen  
bzw. 50,00 € bei Firmen)

Mir ist bekannt, dass die mich betreffenden Daten in dem Verein erhoben, gespeichert und verarbeitet werden, soweit sie für das Mitgliedschaftsverhältnis, die Betreuung und der Verwaltung der Mitglieder und die Verfolgung der Vereinsziele erforderlich sind.

Informationen zum Datenschutz und zum Umgang mit meinen Daten erhalte ich unter [www.krebskranke-kinder-odenwald.de](http://www.krebskranke-kinder-odenwald.de) oder auf schriftliche Anforderung per Post.

Datum: ..... Unterschrift: .....

**SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Verein für krebskranke Kinder - Odenwald e.V. (Gläubiger-Identifikationsnummer: DE40VKK00000914832), Zahlungen von meinem / unseren Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Verein für krebskranke Kinder - Odenwald e.V. auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN des Zahlungspflichtigen: .....

BIC: ..... (nur erforderlich, sofern IBAN nicht mit DE beginnt)

Mandatsreferenz: .....  
(wird vom Verein für krebskranke Kinder - Odenwald e.V. ausgefüllt)

Datum: ..... Unterschrift Kontoinhaber: .....