



Cholesterin & Co: Patientenorganisation für Patienten mit Familiärer Hypercholesterinämie oder anderen schweren genetischen Fettstoffwechselstörungen (CholCo e.V.)

Beitrittserklärung für Förderer

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Selbsthilfeorganisation CholCo e.V.

Institution _____

Name, Vorname _____

Telefon _____

Straße _____

E-Mail _____

PLZ/Ort _____

Mein jährlicher Fördermitgliedsbeitrag:

- 100,- Euro 250,- Euro 500,- Euro
 _____ Euro (in Worten) _____

Bitte wählen Sie die Höhe Ihres Fördermitgliedsbeitrags, jedoch **mindestens** 100,- Euro

Der Beitrag wird mit dem Datum des Eintritts in den Verein das erste Mal fällig, in den folgenden Jahren jeweils zum 1. April.



Ort, Datum

Unterschrift

Zahlungsart

- SEPA Lastschriftmandat – bitte umseitig ausfüllen und unterschreiben

Einwilligungserklärung

Hiermit willige ich in die elektronische Datenverwaltung der personenbezogenen Daten ein, die in dieser Beitrittserklärung erhoben werden. Die Verwaltung der personenbezogenen Daten dient ausschließlich der Mitgliederverwaltung/z.B. Anschriftenverwaltung und der satzungsgemäßen Erfüllung von Zweck und Aufgaben von CholCo e.V. Der Schutz meiner personenbezogenen Daten wird von CholCo e.V. gewährleistet. Willige ich in diese Erklärung nicht ein, müssen meine personenbezogenen Daten manuell bearbeitet werden, was die Mitgliederverwaltung erschwert, fehleranfällig ist, zusätzliche Kosten verursacht und zu Verzögerungen führen kann. Ich kann diese Einwilligung jederzeit widerrufen.

Hinweis: Die Einladungen zur Mitgliederversammlung sowie alle Newsletter werden per E-Mail versandt.

Name, Vorname

Ort, Datum

Unterschrift



SEPA Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: CholCo e.V., Hoherodskopfstraße 30, 60435 Frankfurt

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE51ZZZ00000745369

Mandatsreferenznummer: Wird von CholCo vergeben

Ich/ Wir ermächtige(n) den Verein CholCo e.V., den jeweiligen Fördermitgliedsbeitrag in Höhe von _____ Euro bei Fälligkeit von meinem/ unserem nachfolgend genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen:

IBAN: _____

BIC: _____

Kreditinstitut: _____

Vorname und Name (Kontoinhaber): _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von CholCo e.V. auf mein/ unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Die Kontobelastung erfolgt erstmalig nach Eingang dieses SEPA-Lastschriftmandats bei CholCo e.V., in den folgenden Jahren jeweils zum 1. April. Fällt dieser nicht auf einem Bankarbeitstag, erfolgt der Einzug am unmittelbar darauffolgenden Bankarbeitstag.

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlungen



Ort, Datum

Unterschrift