

**Manche  
Entscheidungen  
trifft das Leben.**



**Aber manche  
können wir  
selbst treffen.**

Helfen auch Sie bei der Realisierung zahlreicher Projekte und Angebote für Betroffene der seltenen Erkrankung Hirntumor! Fördern Sie die Arbeit der Deutschen Hirntumorhilfe regelmäßig per praktischem SEPA-Lastschriftinzug. Sie sparen Zeit und wir Verwaltungskosten.

### SEPA-Lastschriftmandat

☒ **Ja, ich möchte mich dauerhaft engagieren** und ermächtige die Deutsche Hirntumorhilfe e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Hirntumorhilfe 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.

Bitte buchen Sie ab dem \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

☐ monatlich      ☐ vierteljährlich      ☐ halbjährlich      ☐ jährlich

folgenden Betrag: ☐ 25 €    ☐ 50 €    ☐ 100 €    ☐ \_\_\_\_\_ €  
Betrag Ihrer Wahl

von meiner IBAN-Bankverbindung ab:

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

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

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

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Datum/Unterschrift: \_\_\_\_\_

Abgetrennte Seite senden an: Deutsche Hirntumorhilfe e.V.  
Karl-Heine-Straße 27  
04229 Leipzig



# Mitgliedsantrag

Bitte den beidseitig unterzeichneten Mitgliedsantrag zuücksenden an:

Deutsche Hirntumorhilfe e.V.  
Gerichtswiesen 3  
04668 Grimma

Ich beantrage die Mitgliedschaft im Verein Deutsche Hirntumorhilfe unter Anerkennung der Satzung. Der Mitgliedsbeitrag wird einmal jährlich per Lastschrift eingezogen.

## Art der Mitgliedschaft

- ☐ Fördermitgliedschaft\*    ☐ ordentliche Mitgliedschaft\*  
☐ Ja, mein Name darf als Förderer / Mitglied veröffentlicht werden.

Anrede / Titel \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

(Mobil)Telefon \_\_\_\_\_

Ort / Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

\* Ordentliche Mitglieder können alle volljährigen natürlichen Personen werden, die sich den Zielen des Vereins verpflichtet fühlen und diese durch aktive Mitarbeit unterstützen. Fördermitglieder können natürliche und juristische Personen des privaten und öffentlichen Rechts werden, die bereit sind den Verein regelmäßig zu fördern. Fördermitglieder sind in der Mitgliederversammlung nicht stimmberechtigt (vgl. § 3 der Satzung).

Mit meiner Unterschrift stimme ich der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zu Vereinszwecken zu.

# Einzugsermächtigung

## SEPA-Lastschriftmandat für den jährlichen Mitgliedsbeitrag

in Höhe von ☐ 60,00 Euro oder ☐ \_\_\_\_\_ Euro  
(freiwillig höherer Beitrag)

Ich ermächtige die Deutsche Hirntumorhilfe e.V. wiederkehrend, den jährlichen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels SEPA-Lastschriftmandat einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Hirntumorhilfe e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Kreditinstitut/Ort \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

BIC \_\_\_\_ | \_\_\_\_

---

Ort/Datum

Unterschrift

Die Gläubiger-Identifikationsnummer und die Mandatreferenz werden separat mitgeteilt. Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basislastschrift wird die Deutsche Hirntumorhilfe e.V. mich über den Einzug in dieser Verfahrensart informieren. Der Mitgliedsbeitrag ist steuerlich abzugsfähig.