

# AUFNAHMEANTRAG



Deutsche Hirntumorhilfe e.V.  
Mitgliederverwaltung  
Gerichtswiesen 3  
04668 GRIMMA  
DEUTSCHLAND

**Deutsche Hirntumorhilfe e.V.**  
Karl-Heine-Straße 27 · 04229 Leipzig

**Telefon** 0341.590 93 96  
**Telefax** 0341.590 93 97  
**E-Mail** [info@hirntumorhilfe.de](mailto:info@hirntumorhilfe.de)  
**Internet** [www.hirntumorhilfe.de](http://www.hirntumorhilfe.de)

**Vorstand**  
Sven Schaaf

**Registergericht**  
Amtsgericht Leipzig  
Registernummer 3323 VR

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.

.....  
Name

.....  
Anrede/ Titel

.....  
Vorname

.....  
Geburtsdatum

.....  
Straße

.....  
Beruf

.....  
PLZ/Ort

.....  
E-Mail

.....  
Telefon

.....  
Mobiltelefon

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift

## Person des Vertrauens

(Vertrauensperson des Mitglieds / weiterer Ansprechpartner)

.....  
Name

.....  
Vorname

.....  
Straße

.....  
E-Mail

.....  
PLZ/Ort

.....  
Telefon

\* 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)

## Zusätzliche Angaben zum Mitgliedsantrag

Ihre Angaben dienen ausschließlich der internen Verwendung und werden von uns vertraulich behandelt. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht.

Bezug zum Thema  Betroffener  Angehöriger  .....

Patient  selbst  Partner  Partnerin  
 Bruder  Vater  Sohn  Freund  
 Schwester  Mutter  Tochter  Freundin  
 Sonstige .....

Alter bei Erstdiagnose .....

Histologie  Glioblastom  Meningeom  
 Astrozytom WHO Grad III  Oligodendrogliom WHO Grad III  
 Astrozytom WHO Grad II  Oligodendrogliom WHO Grad II  
 Astrozytom WHO Grad I  Neuroblastom  
 Ependymom  Medulloblastom  
 Hypophysentumor  Akustikusneurinom  
 Metastasen in Folge .....

Diagnose (Monat/Jahr) ..... Rezidiv (Monat/Jahr) .....

### 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 Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: ..... Kreditinstitut/Ort: .....

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

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

Ort/Datum

Unterschrift

Die Gläubiger-Identifikationsnummer und die Mandatsreferenz werden separat mitgeteilt.

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basislastschrift wird mich die Deutsche Hirntumorhilfe e.V. über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

\* Der Mitgliedsbeitrag ist steuerlich absetzbar.