



Initiative für Menschen mit dem
Cardio-Fazio-Cutanen Syndrom

Mitgliedsantrag

CFC-Syndrom e.V.
Frau Isolde Selgrad
Eppinger Straße 29
75031 Eppingen-Elsenz

Eppinger Straße 29
75031 Eppingen-Elsenz
Telefon 1: 0 72 60 / 92 07 66
Telefon 2: 06 21 / 7 62 95 66
Mail: cfc-syndrom@web.de

Hiermit beantrage/n ich/wir die Aufnahme in den Verein **CFC-Syndrom e.V.**

Beginn der Mitgliedschaft	<input type="text"/>	
Name und Vornamen der Eltern	<input type="text"/>	
Name des Kindes	<input type="text"/>	
Geburtsdatum des Kindes	<input type="text"/>	
PLZ, Ort	<input type="text"/>	
Straße, Haus-Nr.	<input type="text"/>	
Telefon-Nr.	<input type="text"/>	Handy-Nr. <input type="text"/>
E-Mail-Adresse	<input type="text"/>	

Ort / Datum

Unterschrift des Antragstellers

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung folgender personenbezogener Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden:

Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer, E-Mail-Adresse.

Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

Ermächtigung zum Lastschrifteinzug

Hiermit ermächtige ich **CFC-Syndrom e.V.** widerruflich, den von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag

in Höhe von (mind. 30,00 Euro/Jahr)

zu Lasten meines Girokontos mittels Lastschrift einzuziehen.

Die Abbuchung erfolgt jährlich im Februar.

Geldinstitut
(Name und Ort, ggf. Zweigstelle)

Kontoinhaber/in

IBAN BIC

Ort / Datum

Unterschrift des Kontoinhabers