



Per MAIL bitte an: sandra.kurz@eskd.de

Beitrittserklärung und SEPA-Lastschriftmandat

Bitte in Druckschrift vollständig ausgefüllt und unterschrieben an den Verein oder per Email senden!

Gerne können Sie als Betroffene auch einen anderen individuellen, reduzierten, monatlichen Betrag an uns zahlen. Sprechen Sie uns bitte hierzu an! Für alle Fragen zum Mitgliederbeitrag 2025 bitte bei sandra.kurz@eskd.de melden.

Bitte zutreffendes ankreuzen:

- Aktion 500:** Den Jahresbetrag 2025 von 24,00 Euro überweise ich selbst auf das unten genannte Konto des Vereins und werde dadurch Mitglied im Verein. Dieses Formular sende ich per Email zu Frau Kurz! Ich bin ein stilles Mitglied bis 31.12.25 und mache die 500 Mitglieder voll!
- Den Jahresbetrag von 30,00 Euro überweise ich selbst auf das unten genannte Konto des Vereins.
- Der Jahresbetrag soll jährlich per Lastschrift bis auf Widerruf eingezogen werden.
- Ich bin selbst erkrankt und möchte den reduzierten Betrag von **30,00 Euro/Jahr** zahlen.
- Ich bin selbst erkrankt und zahle den vollen Betrag von **60,00 Euro/Jahr**.
- Ich bin Angehöriger/Zugehöriger/Unterstützer/Freund des Vereins - der Jahresbetrag in Höhe von **60,00 € Jahr** soll jährlich per Lastschrift bis auf Widerruf eingezogen werden.
- Wir sind eine Firma/Verein/Institution/Verband und zahlen **120,00 Euro** pro Jahr Mitgliedsbeitrag.
- Ich unterstütze den Verein mit: _____ Euro und werde stilles Mitglied für ein Jahr.
- Ich spende _____ Euro
- Meine Schuhgröße ist _____
- Ich möchte **aktives / stimmberechtigtes** Mitglied sein.
- Ich möchte **stilles / nicht stimmberechtigtes** Mitglied / „Unterstützer“ sein und den Verein finanziell unterstützen.
- Ich / Wir möchten als Fördermitglied in der Vereinshomepage aufgeführt werden.

Verein/Firmenname: _____ Vorname: _____

Name: _____ PLZ/Ort: _____

Straße: _____ Mobil / Tel.: _____

Email: _____ Geburtsdatum: _____

Kontodaten: VR Bank SL MH / **IBAN:** DE02 2169 0020 0003 2090 59; **BIC:** GENODEF1SLW.

Ich ermächtige den **Verein Gynäkologische Krebserkrankungen Deutschland e.V.**, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Gyn. Krebserkrankungen Deutschland 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.

Die Mandatsreferenznummer wird Ihnen mit einer MitgliedsBestätigung zugehen. Zahlungsart wiederkehrend. Sie können jederzeit kündigen. Die Mitgliedschaft verlängert sich automatisch, falls nicht schriftlich gekündigt wird. Ich willige in die Datenverarbeitung gemäß der Datenschutzerklärung ein. Datenschutzerklärung laut DSGVO - <https://dsgvo-gesetz.de/>

Name: _____ Datum: _____

IBAN : _____

BIC: _____

Kreditinstitut: _____

Unterschrift Kontoinhaber/In

Unterschrift Beitretende/r

Mit seiner/Ihrer Unterschrift erklärt der/die Unterzeichner/in den Beitritt in den Verein **Gynäkologische Krebserkrankungen Deutschland e.V. / Schwerpunkt ESK**

Verein für Gynäkologische Krebserkrankungen Deutschland e.V. /Schwerpunkt ESK

VR Bank SL MH, **IBAN: DE02 2169 0020 0003 2090 59**,
BIC: GENODEF1SLW / VEREINSSITZ: Neumünster, Gerichtsstand: VR6536K11,
Amtsgericht Kiel, Steuernr : 20/294/80165
Postadresse: Wrangelstr. 12; 24539 Neumünster