



FÖRDER-/MITGLIEDSANTRAG

Liebe Klinikclowns des Lachen hilft e.V.,

hiermit beantrage ich

Name, Vorname -----

Anschrift -----

Geburtsdatum -----

E-Mail-Adresse -----

Telefon * -----

- meine Aufnahme als ordentliches Mitglied zum __. __. 20 __.
- meine Aufnahme als Fördermitglied zum __. __. 20 __.

Ich möchte die Arbeit der Klinikclowns des Lachen hilft e.V. unterstützen durch:

- einen Förder-/Mitgliedsbeitrag in Höhe von ----- €.
Der Jahresbeitrag beträgt mindestens 60,00 €.
- mit einer zusätzlichen einmaligen Spende in Höhe von ----- €.

Spendenkonto

IBAN DE19 1605 0000 1000 9776 48
Mittelbrandenburgische Sparkasse

PayPal

kontakt@lachenhilft.de

- Bitte senden sie mir eine Spendenbescheinigung zu.
- Ich bin damit einverstanden, über Aktuelles und Neuigkeiten des Lachen hilft e.V. per E-Mail informiert zu werden.

Datum

Unterschrift

Wir weisen gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung folgende Daten der Mitglieder in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden: Namen, Adressen, Kontaktdaten. Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung folgender mitgliedsbezogener 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.