



**Histozytosehilfe e.V.**  
**z. Hd. Theresa Eberhardt**  
**Im Wiesele 6**

**76275 Ettlingen**

**Spendenkonto:**  
Sparkasse Amberg-Sulzbach  
BLZ 752 500 00  
Konto 200 266 906

**Ihr Ansprechpartner:**  
**2. Vorsitzende**  
**Beate Boshoeven**  
Histozytosehilfe e.V. • c/o  
Gluckstr. 30a  
51375 Leverkusen  
Tel. (0 214) 504117  
[boshoeven@histiozytose.org](mailto:boshoeven@histiozytose.org)

## Antrag auf Aufnahme/ Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen / erklären wir unseren Beitritt zur Histozytosehilfe e.V.

- als ordentliches Mitglied
- als förderndes Mitglied

Grundlage dieser Mitgliedschaft bildet die Vereinssatzung. (Beim Vorstand erhältlich)

| (Familien)Mitglied | Familienname | Vorname | Geburtsdatum | Beitrag |
|--------------------|--------------|---------|--------------|---------|
| Mitglied           |              |         |              |         |
| Familienmitglied   |              |         |              | 1,00 €  |
| Familienmitglied   |              |         |              | 1,00 €  |
| Familienmitglied   |              |         |              | 1,00 €  |
| Familienmitglied   |              |         |              | 1,00 €  |
| Familienmitglied   |              |         |              | 1,00 €  |

Der Mitgliedsbeitrag beläuft sich zurzeit auf mindestens 22,00 € jährlich, im eigenen Ermessen gerne mehr.  
Der Beitrag für Familienangehörige (Ehepartner, Lebenspartner, Kinder bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres)  
beläuft sich zurzeit auf jeweils 1,00 € jährlich.

|                 |  |                      |  |
|-----------------|--|----------------------|--|
| <b>Straße:</b>  |  | <b>PLZ/Wohnort:</b>  |  |
| <b>Telefon:</b> |  | <b>Fax:</b>          |  |
| <b>E-Mail:</b>  |  | <b>Mobiltelefon:</b> |  |

Der gesamte Jahresbeitrag in Höhe von € \_\_\_\_\_ jährlich

- soll per Lastschrifteinzug von folgendem Konto abgebucht werden:

|                        |  |                      |  |
|------------------------|--|----------------------|--|
| <b>Kontoinhaber:</b>   |  | <b>Kontonummer:</b>  |  |
| <b>Kreditinstitut:</b> |  | <b>Bankleitzahl:</b> |  |

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

- Ich bin Betroffene(r) / Wir sind betroffene Eltern.
- Bitte senden Sie mir / uns Informationen zur Krankheit und das Histozytosemagazin (aktuelle Ausgabe)

**Ich teile Änderungen meiner persönlichen Daten (Adresse, Kontodaten etc.) unverzüglich dem Vorstand mit.**

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

**Zur Information: Sie erhalten von uns ein Begrüßungsschreiben. Sollte dieses nicht bis spätestens 4 Wochen nach Absendung dieses Antrages bei Ihnen eingegangen sein, bitten wir Sie um Information.**