

HistiocytoseHilfe e.V.  
z. Hd. Herrn Detlev Vreisleben  
Bergische Landstr. 164  
51375 Leverkusen

**Spendenkonto:**  
Sparkasse Amberg-Sulzbach  
IBAN: DE69 7525 0000 0200 2669 06  
SWIFT-BIC: BYLADEM1ABG

**Ihr Ansprechpartner:**  
Detlev Vreisleben  
Bergische Landstr. 164  
51375 Leverkusen  
Tel.: 0176/20296470  
vreisleben@histiocytose.org

## Antrag auf Aufnahme / Beitrittserklärung

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

- als ordentliches Mitglied
- als förderndes Mitglied (für juristische Personen)

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

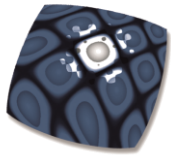
(Familien) Mitglied	Familienn ame	Vorname	Geburtsd atum	Beitrag
Mitglied				
Familienmitglied				1,00 €
Familienmitglied				1,00 €
Famil ienmitglied				1,00 €
Familienmitglied				1,00 €
Familienmitglied				1,00 €

Der Mitgliedsbeitrag beläuft sich zurzeit auf mindestens 32,00 € 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.

Straße:		PLZ/Wohnort:	
Telefon:		Fax:	
E-Mail:		Mobiltelefon:	

- Wir sind betroffene Eltern
- Ich bin Betroffene(r)
- Bitte senden Sie mir / uns Informationen zur Krankheit und die aktuelle Ausgabe des Histiocytose Magazins

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



## SEPA-Lastschriftmandat

### HistiocytoseHilfe e.V.

Goerdelerstr. 6, 65197 Wiesbaden

Gläubiger-Identifikationsnummer DE22ZZZ00000330731

Mandatsreferenz wird separat und schriftlich mit dem Begrüßungsschreiben mitgeteilt.

Hiermit ermächtige ich die HistiocytoseHilfe e.V., Zahlungen für die umseitig angegebene Person von meinem Konto abbuchen zu lassen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Diese Ermächtigung behält so lange Gültigkeit, bis ich sie gegenüber dem Vorstand der HistiocytoseHilfe e.V. widerrufe.

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

DE \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Um den Verein darüber hinaus zu unterstützen, bitte ich Sie,  einmalig /  jährlich \_\_\_\_\_ € als Spende abzubuchen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers

**Bitte Antrag am PC ausfüllen, ausdrucken, unterschreiben und in Papierform an die in der Beitrittserklärung genannte Adresse senden!**