



## Erklärung zur Mitgliedschaft / Einzugsermächtigung

Hiermit bekräftige/n ich/wir meine/unsere Mitgliedschaft im CF Selbsthilfe Braunschweig e.V. bzw. damit gleichzeitig im Mukoviszidose e.V. - Bundesverband wie folgt:

-----  
Name / Vorname des Mitgliedes

-----  
Straße / PLZ / Ort

-----  
Telefon / E-Mail-Adresse

-----  
Ort / Datum / Unterschrift

Ich bin:  Mukoviszidose-Patient\*in  Elternteil  Angehöriger  Behandler\*in

Name u. Geb. Datum des Kindes/der Kinder mit CF -----

**MITGLIEDSBEITRAG 72 Euro jährlich**

Ich beantrage  Beitragsreduzierung (36 Euro)  Beitragsbefreiung (gem. Beitragsordnung)

Ich ermächtige den Mukoviszidose e.V. den eingetragenen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Mukoviszidose e.V. auf mein Konto eingezogene Lastschrift einzulösen.

Beitragszahlung  jährlich  halbjährlich  vierteljährlich

-----  
BIC

-----  
IBAN

-----  
Kreditinstitut

-----  
Ort / Datum / Unterschrift

### DATENSCHUTZERKLÄRUNG:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen satzungsgemäß verwendet und automatisiert verarbeitet werden dürfen.

-----  
Ort / Datum / Unterschrift