

## Mitgliedserklärung

Den gemeinnützigen Förderverein Fistula e.V. (VR 231174) möchte ich durch meine Mitgliedschaft unterstützen.



Name, Vorname
Straße
PLZ, Wohnort
Tel.-Nr
E-Mail

als **Mitglied** zahle ich einen **jährlichen** Beitrag von \_\_\_\_\_ €

als **Mitglied** zahle ich einen **monatlichen** Beitrag von \_\_\_\_\_ €

Ich bitte um eine Spendenbescheinigung.

Ich möchte den FISTULA - Newsletter erhalten.

Ich habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen. Ich stimme zu, dass meine Angaben und Daten zur Beantwortung meiner Anfrage elektronisch erhoben und gespeichert werden. Sie können Ihre Einwilligung jeder Zeit per E-mail an info@fistula.de widerrufen

Datum	Unterschrift
-------	--------------

### **Einzugsermächtigung** (nur bei wiederkehrenden Zahlungen möglich)

Ich bin damit einverstanden, dass mein Beitrag von meinem Konto abgebucht wird.  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE47ZZZ00000592569

Name, Vorname	
Bank	
IBAN	
BIC (SWIFT-CODE)	
Datum	Unterschrift

Diese Einzugsermächtigung gilt solange, bis sie widerrufen wird.

**Deutsche Apotheker- und Ärztebank**  
**IBAN: DE29 3006 0601 0081 2834 05**  
**BIC (SWIFT-CODE): DAAEDEDXXX**

Bitte dieses Dokument  
per E-Mail senden:  
**info@fistula.de**