

- |   |             |          |
|---|-------------|----------|
| <input type="checkbox"/> Einzelmitgliedschaft         | jährlich    | 30,00 €  |
| <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft Institutionen | jährlich    | 100,00 € |
| <input type="checkbox"/> Fördermitglied               | jährlich ab | 100,00 € |
| <input type="checkbox"/> Optionale Spende             | jährlich    | _____ €  |

Institution \_\_\_\_\_

Vorname / Name \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon / E-Mail \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_ Datum / Unterschrift

## Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

Zahlungsempfänger: Selbsthilfe Lebendorganspende Deutschlands e.V.

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen des Jahresbeitrags bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos durch Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens der kontoführenden Bank keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

IBAN / BIC \_\_\_\_\_

Bank \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_ Datum / Unterschrift

## Datenschutz

Mir ist bekannt, dass die mich betreffenden Daten in dem Verein erhoben, gespeichert und verarbeitet werden, soweit sie für das Mitgliedschaftsverhältnis, die Betreuung und der Verwaltung der Mitglieder und die Verfolgung der Vereinsziele erforderlich sind.



\_\_\_\_\_ Datum / Unterschrift



[vorstand@slod-ev.de](mailto:vorstand@slod-ev.de)

SLOD e.V. | Kakteenweg 9 | 55126 Mainz | [www.slod-ev.de](http://www.slod-ev.de)

