

LEONA e. V.

Familienselfsthilfe bei seltenen Chromosomenveränderungen

Dieses Formular bitte gut leserlich ausfüllen, Zutreffendes ankreuzen und handschriftlich unterschrieben per Post zurücksenden an:

LEONA e. V.
Geschäftsstelle
Kornblumenweg 38
59439 Holzwickede

AUFNAHME IN DIE KONTAKTVERMITTLUNGSDATEI (von einer Mitgliedschaft unabhängig)

Ich / Wir möchte/n in die Kontaktvermittlungsdatei aufgenommen werden und stimmen der Speicherung meiner/unserer personenbezogenen Daten zur Kontaktvermittlung von LEONA e. V. zu. Über den Verwendungszweck der Daten wurde/n ich/wir aufgeklärt. Mein/Unser Einverständnis zur Speicherung personenbezogener Daten zum Zweck der Kontaktvermittlung erfolgt freiwillig und kann jederzeit ohne Angaben von Gründen schriftlich widerrufen werden.

Unterschrift _____

Bitte nehmen Sie telefonisch Kontakt zu mir auf.

Name des Kindes _____

geboren am _____

Syndrom _____

evtl. verstorben am _____

Pränataldiagnostik _____ SSW

Abbruch Totgeburt _____ SSW

Besondere Merkmale, Probleme, Kontaktvermittlungswünsche etc.

Als Kontaktfamilie / Mitglied bitte/n ich / wir um die Zusendung des Eltern-Info-Heftes

(für Mitglieder jährlich, für Kontaktfamilien nur im ersten Jahr automatisch, danach auf Anforderung per E-Mail oder Fax)

Als Kontaktfamilie / Mitglied bitte/n ich / wir um die Zusendung der Zugangsdaten für den LEONA-Mitgliedsbereich im Internet per E-Mail.

Geschwisterkinder (Zweck: Infos zu Vereinsaktivitäten für Geschwister):

Name: _____ Jg: _____

Name: _____ Jg: _____

Name: _____ Jg: _____

(bei weiteren Geschwisterkindern bitte Rückseite nutzen)

VEREINSMITGLIEDSCHAFT

- Ich / Wir möchte/n Mitglied werden,
- der Mitgliedsbeitrag beträgt z. Zt. 40,- € jährlich.
- und bin Geschwister zwischen 18 und 25 Jahre und somit beitragsfrei * (bitte Geburtsdatum angeben)
Geburtsdatum _____
- und bin von einer Behinderung selbst betroffene/r Erwachsene/r und somit beitragsfrei *
* bei gleichzeitiger beitragspflichtiger Mitgliedschaft der Eltern

Ich / Wir möchte/n spenden: _____ €

einmalig jährlich

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Ich/wir ermächtigen LEONA e. V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von LEONA e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber _____

IBAN _____

BIC _____

LEONA e.V. Gläubiger-ID DE71ZZZ00000118583

Mandatsreferenz _____
Mandat für jährliche Spenden und / oder Mitgliedsbeiträge (wird von LEONA e. V. separat mitgeteilt)

Vorname _____

Name _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

Fax _____

E-Mail _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____