

MITGLIEDSANTRAG



**NETZWERK
ORGANSPENDE**
NORDRHEIN-WESTFALEN e.V.

Ich möchte die Arbeit und Ziele von Netzwerk Organspende NRW e.V. durch meine Mitgliedschaft unterstützen.

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt ab dem: *

als Einzelperson (25 €/Jahr)

als Organisation (50 €/Jahr)

als Fördermitglieder mit € /Jahr.

PERSÖNLICHE ANGABEN

Organisationsname:

Vorname: *

Nachname: *

Straße, Nr.: *

PLZ, Ort: *

Beruf:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Hiermit ermächtige ich Netzwerk Organspende NRW e.V., den jährlichen Mitgliedsbeitrag und ggf. die freiwillige Spende von meinem nachstehenden Konto abzubuchen.

Diese Ermächtigung kann ich jederzeit widerrufen.

Kontoinhaber:

Kreditinstitut:

IBAN:

BIC:

FREIWILLIGE SPENDE

Ich möchte freiwillig, jährlich und jederzeit widerrufbar

€

zusätzlich zum Mitgliedsbeitrag leisten.

Datum Unterschrift

Ich weiß, dass die Mitgliedschaft schriftlich mit zweimonatiger Frist jeweils zum Ende eines Kalenderjahres kündbar ist.

Datum Unterschrift

GESCHÄFTSSTELLE

Netzwerk Organspende NRW e.V.
Gesundheitscampus-Süd 9
44801 Bochum

Konstanze Birkner
Geschäftsführerin

Telefon 02 34 | 97 83 54 30
info@netzwerk-organspende-nrw.de

Spendenkonto

Volksbank Bochum Witten eG

Kontonummer:
DE02 4306 0129 0109 8505 00

BIC: GENODEM1BOC

DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Mir ist bekannt, dass die mich betreffenden Daten von Netzwerk Organspende NRW e.V. erhoben, gespeichert und verarbeitet werden, soweit sie für das Mitgliedschaftsverhältnis, die Betreuung und der Verwaltung der Mitglieder und die Verfolgung der Vereinsziele erforderlich sind. Die Einwilligung zur Datenspeicherung und Datenverarbeitung kann jederzeit widerrufen werden. Schreiben Sie dazu eine E-Mail an info@netzwerk-organspende-nrw.de. Ein solcher Widerruf kann den Ausschluss aus dem Verein zur Folge haben.

Datum Unterschrift

* Pflichtangaben

