



Beitrittserklärung

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN SCHREIBEN

Name		Vorname	
Straße		Hausnr.	
PLZ		Wohnort	
Telefon		Mobil	
Bundesland		Geb.Datum	
E-Mail			

- männlich weiblich
 Ordentliches Mitglied (Jahresbeitrag 30,-€ incl. Bezug der Mitgliederzeitschrift)
 Selbstfestgelegter erhöhter Jahresbeitrag: _____ , - €

Die Beitragszahlung erfolgt per Lastschriftinzug (bitte das nachstehende SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen).

- Ich möchte Informationen auch per E-Mail erhalten (z.B. NOAH-Newsletter).
 Ich stimme zu, dass meine Daten zum Zweck des Austausches bzw. Kontaktaufnahme der Mitglieder untereinander in einer Mitgliederliste veröffentlicht werden.

Wer ist betroffen?

Kind Name: _____ Geb.Datum: _____

Kind Name: _____ Geb.Datum: _____

selbst Betroffene/r Beruf: _____

Albinismustyp falls bekannt: _____

Ich bin damit einverstanden, dass die Angaben zu meiner Person bzw. des Kindes von NOAH gespeichert und im Rahmen der satzungsgemäßen Zwecke des Vereins verarbeitet werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift

Wird von NOAH ausgefüllt

Mitgliedsnummer: _____ eingegangen bei NOAH _____

EDV erfasst: _____ SEPA-LS an Bank: _____

NOAH ist als gemeinnützig anerkannt; Beiträge und Spenden können steuerlich geltend gemacht werden.

