



Förderverein Tumorzentrum  
Neubrandenburg e.V.

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im

**"Förderverein Tumorzentrum Neubrandenburg e. V."**

**PERSÖNLICHE DATEN:**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Akad. Grad: \_\_\_\_\_

Funktion: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Ich möchte für den Jahresbeitrag in Höhe von 20,00 € am Lastschriftverfahren teilnehmen.

JA

NEIN

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Die vorgenannten personenbezogenen Daten werden zum Zweck der Begründung und Durchführung des zwischen Mitglied und Verein durch den Beitritt zustande kommenden rechtsgeschäftlichen Schuldverhältnisses elektronisch gespeichert. Sie dienen der Betreuung und Verwaltung im Rahmen der Verfolgung der Vereinsziele.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift