



# Kraniopharyngeom-Gruppe

## Die Selbsthilfegruppe von Betroffenen - für Betroffene

Datum: \_\_\_\_\_

■ Bitte zweite Seite beachten! ▶

Kraniopharyngeom-Gruppe  
c/o Deutsche Kinderkrebsstiftung  
Godesberger Allee 140

**53175 Bonn**

Unsere Anschrift

### Mitgliedsantrag:

Ich möchte eine  Familienmitgliedschaft,  Einzelmitgliedschaft  Fördermitgliedschaft  
(Je eine Stimme)

**Vorname und Name** des  
Betroffenen

**Geburtsdatum:**

\_\_\_\_\_

**Namen der Eltern** (bei  
Minderjährigen)  
oder **Firmennamen** bei  
Fördermitgliedschaft

\_\_\_\_\_

**Straße und Hausnummer**

\_\_\_\_\_

**PLZ, Wohnort,**  
ggf. auch Land

\_\_\_\_\_

**Telefon, Handy:**

\_\_\_\_\_

**E-Mailadresse/n:**

\_\_\_\_\_

#### Hinweise zum Datenschutz:

Personenbezogene Daten werden nur mit Ihrem Wissen und Einwilligung erhoben. Eine Weitergabe der Adresse erfolgt nur im Sinne der Selbsthilfegruppe und nur mit Ihrer Einwilligung. Eine Auskunft über Ihre gespeicherten Daten erhalten Sie gerne auf Antrag.

Ich bin damit einverstanden, dass meine/unsere Kontaktdaten über die Kraniopharyngeom-Gruppe an andere von der Erkrankung Betroffene weitergegeben werden können

Ich wünsche **Informationen und Kontakte** zu anderen Betroffenen

Ich möchte kostenlos die Zeitschrift „WIR“ der Deutschen Kinderkrebsstiftung erhalten

**Ort, Datum**

**Unterschrift**

Kraniopharyngeom-Gruppe  
c/o Deutsche Kinderkrebsstiftung  
Godesberger Allee 140  
53175 Bonn

Deutsche Kinderkrebsstiftung  
IBAN: DE48 3708 0040 0055 5666 00  
Commerzbank Köln DRESDEFF370  
Zweck: **Kraniopharyngeom-Gruppe**

**E-Mail:**  
kraniogruppe@kinderkrebsstiftung.de

**Internetadresse:**  
www.kraniopharyngeom.de

bitte zurücksenden an:

**Deutsche Kinderkrebsstiftung**  
**z.Hd. Birgit Merklinghaus**  
**Godesberger Allee 140**  
**53175 Bonn**

Gläubiger-Identifikationsnummer der Deutschen  
Kinderkrebsstiftung: DE97ZZZ00000126942  
– Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt –

## Mitgliedsbeitrag für die Kraniopharyngeom-Gruppe

Der Jahresbeitrag für Familienmitgliedschaften oder Einzelmitglieder der Kraniopharyngeom-Gruppe beträgt mindestens 12,- €. Der Betrag kann freiwillig mehr als 12 € betragen, der erhöhte Betrag gilt bis auf Widerruf. Der Beitrag wird für jedes angefangene Jahr der Mitgliedschaft erhoben (Ausnahme: Beitritt erst nach dem Treffen der Gruppe im September bis Jahresende) und wird in der Regel im Mai jeden Jahres nach vorheriger Ankündigung eingezogen.

Mein/unser Mitgliedsbeitrag soll \_\_\_\_\_ Euro pro Jahr betragen

### SEPA-Lastschriftmandat

---

Name und Vorname des Kontoinhabers

---

Straße, PLZ, Wohnort

---

(Telefon, E-Mail – wenn abweichend)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Deutsche Kinderkrebsstiftung, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Deutschen Kinderkrebsstiftung 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.

IBAN: \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_

BIC: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ Bankname: \_\_\_\_\_

Ort, Datum und Unterschrift der/des Kontoinhaberin/Kontoinhaber/s

Kraniopharyngeom-Gruppe  
c/o Deutsche Kinderkrebsstiftung  
Godesberger Allee 140  
53175 Bonn

Deutsche Kinderkrebsstiftung  
IBAN: DE48 3708 0040 0055 5666 00  
Commerzbank Köln DRESDEFF370  
Zweck: **Kraniopharyngeom-Gruppe**

**E-Mail:**  
kraniogruppe@kinderkrebsstiftung.de

**Internetadresse:**  
www.kraniopharyngeom.de