

Neuer Förderer

PKD Familiäre Zystennieren e.V.

Geschäftsstelle

Karl-Kreuzer-Weg 12

64625 Bensheim

Besondere Wünsche:

.....

.....

Ja, ich werde Förderer auch Online: www.mitgliedschaft.pkdcure.de

50 EUR 100 EUR

250 EUR

ich möchte aktiv mitarbeiten

Titel, Name, Vorname (Ansprechpartner)	
Firma/Organisation	<input type="checkbox"/> Wir möchten regelmäßige Informationen über die Aktivitäten des Vereins per E-Mail (Newsletter)
Straße, Haus-Nr.	<input type="checkbox"/> Zugriffsmöglichkeit auf die PKD-Datenbank
PLZ, Ort	<input type="checkbox"/> Ich darf als Förderer genannt werden
Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> Bitte senden Sie uns eine Förderer Urkunde
Telefon, Mobiltelefon	
e-Mail	

Ihren jährlichen Förderbeitrag bitten wir Sie, innerhalb 14 Tagen und in den Folgejahren regelmäßig zum 15. Februar auf das folgende Konto IBAN: DE95508526510148015548 / BIC: HELADEF1DIE bei der Sparkasse Dieburg zu überweisen:

*) auf Wunsch erhalten Sie eine Spendenbescheinigung

Hiermit erkläre ich meine Zustimmung zur Speicherung und Verarbeitung meiner Daten zum Zwecke der Förder-Mitgliedschaft.

Ort, Datum, Unterschrift

ggf. zweite Unterschrift

.....