

# LEONA e. V.

Familienselfsthilfe bei seltenen Chromosomenveränderungen

Dieses Formular bitte gut leserlich ausfüllen, Zutreffendes ankreuzen und handschriftlich unterschrieben per Post zurücksenden an:

LEONA e. V.  
Geschäftsstelle  
Kornblumenweg 38  
59439 Holzwickede

## AUFPNAHME IN DIE KONTAKTVERMITTLUNGSDATEI (von einer Mitgliedschaft unabhängig)

Ich / Wir möchte/n in die Kontaktvermittlungsdatei aufgenommen werden und stimmen der Speicherung meiner/unserer personenbezogenen Daten zur Kontaktvermittlung von LEONA e. V. zu. Über den Verwendungszweck der Daten wurde/n ich/wir aufgeklärt. Mein/Unser Einverständnis zur Speicherung personenbezogener Daten zum Zweck der Kontaktvermittlung erfolgt freiwillig und kann jederzeit ohne Angaben von Gründen schriftlich widerrufen werden.

Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte nehmen Sie telefonisch Kontakt zu mir auf.

Name des Kindes \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

Syndrom \_\_\_\_\_

evtl. verstorben am \_\_\_\_\_

Pränataldiagnostik \_\_\_\_\_ SSW

Abbruch       Totgeburt \_\_\_\_\_ SSW

Besondere Merkmale, Probleme, Kontaktvermittlungswünsche etc.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Als Kontaktfamilie / Mitglied bitte/n ich / wir um die Zusendung des Eltern-Info-Heftes

(für Mitglieder jährlich, für Kontaktfamilien nur im ersten Jahr automatisch, danach auf Anforderung per E-Mail oder Fax)

Als Kontaktfamilie / Mitglied bitte/n ich / wir um die Zusendung der Zugangsdaten für den LEONA-Mitgliedsbereich im Internet per E-Mail.

Geschwisterkinder (Zweck: Infos zu Vereinsaktivitäten für Geschwister):

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

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

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

(bei weiteren Geschwisterkindern bitte Rückseite nutzen)

## VEREINSMITGLIEDSCHAFT

- Ich / Wir möchte/n Mitglied werden,  
- der Mitgliedsbeitrag beträgt z. Zt. 40,- € jährlich.
- und bin Geschwister zwischen 18 und 25 Jahre und somit beitragsfrei \* (bitte Geburtsdatum angeben)  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_
- und bin von einer Behinderung selbst betroffene/r Erwachsene/r und somit beitragsfrei \*  
\* bei gleichzeitiger beitragspflichtiger Mitgliedschaft der Eltern

Ich / Wir möchte/n spenden: \_\_\_\_\_ €

einmalig     jährlich

## SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Ich/wir ermächtigen LEONA e. V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von LEONA e.V. 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.

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

LEONA e.V. Gläubiger-ID DE71ZZZ00000118583

Mandatsreferenz \_\_\_\_\_  
Mandat für jährliche Spenden und / oder Mitgliedsbeiträge (wird von LEONA e. V. separat mitgeteilt)

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_