

## Aufnahmeantrag | Änderungsmitteilung | Privatpersonen

Bitte senden Sie dieses Formular gut leserlich ausgefüllt postalisch, per Fax oder als Scan per Email an die

Deutsche Hirnstiftung e.V., Budapester Str. 7/9, 10787 Berlin

Mail: [info@hirnstiftung.org](mailto:info@hirnstiftung.org) | Fax: 030/ 531 43 79 39

Optionale Angaben sind mit einem \* gekennzeichnet.

- Ich beantrage hiermit die Mitgliedschaft in der Deutschen Hirnstiftung e. V.
- Ich bin bereits Mitglied der Deutschen Hirnstiftung e. V. und bitte um Änderung der gespeicherten Daten.

### Persönliche Angaben

Anrede: \*  Frau  Herr  keine Angabe

\_\_\_\_\_  
Titel\*                      Vorname                      Nachname

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ                      Ort                      Land (falls nicht Deutschland)

\_\_\_\_\_  
Email-Adresse                      Telefon

Der Mitgliedsbeitrag für Privatpersonen beträgt 50 Euro pro Jahr. Ich möchte die Rechnung auf diesem Weg erhalten:

- per Post     per Email    und ggf.  Ich nehme am Lastschriftverfahren teil (Seite 2)

Als Mitglied der Hirnstiftung erhalte ich kostenlos den Mitglieder-Newsletter und das regelmäßig erscheinende Magazin „Nervensache“.

Ich wünsche die Zusendung des Magazins

- per Post     ich möchte das Magazin „Nervensache“ nicht erhalten

Meine Einwilligung zur Zusendung der Mitgliederzeitschrift und/oder des Newsletters kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft, z. B. mit einer E-Mail an [info@hirnstiftung.org](mailto:info@hirnstiftung.org) widerrufen.

Hinweise zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten finde ich hier: <http://hirnstiftung.org/datenschutz>

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort                                      Datum                                      Unterschrift

## Einzugsermächtigung für ein Lastschriftmandat (wiederkehrende Zahlung)<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Nur gültig für Zahlungen aus dem SEPA-Bereich (Einheitlicher Euro-Zahlungsverkehrsraum).

Hiermit ermächtige ich,

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Vorname

die Deutsche Hirnstiftung e. V., Budapester Str. 7/9, 10787 Berlin, Deutschland, Gläubiger-Identifikationsnummer DE76ZZZ00002273445 widerruflich, die als Mitgliedsbeitrag jährlich zu leistenden Zahlungen bei Fälligkeit im Lastschriftverfahren von meinem Konto abzubuchen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Hirnstiftung e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 50 Euro pro Jahr.

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

Sollte mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweisen, so besteht von Seiten des Geldinstituts (s.o.) keine Verpflichtung zur Einlösung. Über Änderungen der Adresse oder Änderungen beim kontoführenden Geldinstitut werde ich die Deutsche Hirnstiftung e. V. unverzüglich informieren. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mir die Mandatsreferenz-Nr. gesondert mitgeteilt.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers