



## Antrag auf Fördermitgliedschaft

**Wir freuen uns sehr über Ihre Unterstützung!  
Bitte senden Sie Ihre Rückantwort an:**

**Kompetenznetz Maligne Lymphome e.V.**  
Geschäftsstelle | Uniklinik Köln  
50924 Köln

**FAX: 0221 478-96001**  
**E-Mail: lymphome@uk-koeln.de**

- Ich möchte die Arbeit des Kompetenznetzes Maligne Lymphome e.V. regelmäßig unterstützen und stelle einen Antrag auf Fördermitgliedschaft.**

Der Mitgliedsbeitrag für Fördermitglieder beträgt für Einzelpersonen mindestens 25 EUR pro Jahr. Vereine, Verbände und Institutionen bezahlen einen Mindestbeitrag von 100 EUR und Unternehmen von 2.500 EUR pro Jahr.

Ich möchte einen Jahresbeitrag in Höhe von ..... EUR bezahlen.

.....  
Titel, Name, Vorname

.....  
Geburtsdatum

.....  
Beruf

.....  
Telefon

.....  
Straße, Hausnummer

.....  
PLZ, Wohnort

.....  
E-Mail-Adresse

.....  
Datum, Unterschrift

## Spende

- Ich möchte die Arbeit des Kompetenznetzes Maligne Lymphome e.V. unterstützen und überweise meinen Spendenbeitrag auf folgendes Konto:**

**Sparkasse KölnBonn**

**IBAN DE97 3705 0198 1929 5234 45**

- Bitte senden Sie mir eine Spendenquittung zu. (Die Ausstellung einer amtlichen Spendenquittung ist erst ab einer Spendenhöhe von 200,01 Euro erforderlich).