



**Hilde-Ulrichs-Stiftung**  
**Aktives Leben mit Parkinson**

## **Fördermitgliedschaft bei der Hilde-Ulrichs-Stiftung**

### **Jetzt Formular ausfüllen & Fördermitglied werden!**

Bitte füllen Sie das Formular auf Seite 2 aus und senden Sie es unterschrieben zurück:

Per E-Mail an:

[kontakt@aktive-parkinsonstiftung.de](mailto:kontakt@aktive-parkinsonstiftung.de)

oder postalisch:

Hilde-Ulrichs-Stiftung für Parkinsonforschung  
Postfach 70 04 32  
60554 Frankfurt

**Hilde-Ulrichs-Stiftung  
für Parkinsonforschung**  
Postfach 70 04 32  
60554 Frankfurt am Main

**Stiftungsbüro**  
069 67 77 80 21  
[kontakt@aktive-parkinsonstiftung.de](mailto:kontakt@aktive-parkinsonstiftung.de)  
[www.aktive-parkinsonstiftung.de](http://www.aktive-parkinsonstiftung.de)

**Bankverbindung**  
Bank für Sozialwirtschaft  
IBAN: DE 79 5502 0500 0001 5494 00  
BIC: BFSWDE33MNZ



**Ja, ich werde Teil der Gemeinschaft von Parkinson-Betroffenen und unterstütze die Hilde-Ulrichs-Stiftung mit einem monatlichen Fördermitgliedsbeitrag von**

- 10 Euro**
- 5 Euro (für Menschen mit geringem Einkommen)
- \_\_\_\_ Euro (freiwillig höherer Förderbeitrag für Menschen mit hohem Einkommen)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße (freiwillig): \_\_\_\_\_

PLZ, Ort (freiwillig): \_\_\_\_\_

Meine Bankverbindung

Name der Bank: \_\_\_\_\_

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

- Ja, ich möchte viermal im Jahr den **Newsletter „Fight Parkinson PLUS“** erhalten.

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

Sie können Ihren Antrag ohne Angaben von Gründen innerhalb von 14 Tagen widerrufen. Auch später können Sie Ihre Fördermitgliedschaft jederzeit beenden. Wir schicken Ihnen Anfang des Folgejahres eine Zuwendungsbestätigung zu, damit Sie Ihre Spende steuerlich geltend machen können.

**SEPA-Lastschriftmandat:** Ich ermächtige die Hilde-Ulrichs-Stiftung (Gläubiger-Identifikationsnummer: DE14ZZZ00001231617) Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Hilde-Ulrichs-Stiftung auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich bin mit der Speicherung der von mir in diesem Formular angegebenen persönlichen Daten zum Zwecke der Abwicklung der Fördermitgliedschaft (Abbuchung des Beitrags und Zusendung des Newsletters) einverstanden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Hilde-Ulrichs-Stiftung  
für Parkinsonforschung**  
Postfach 70 04 32  
60554 Frankfurt am Main

**Stiftungsbüro**  
069 67 77 80 21  
kontakt@aktive-parkinsonstiftung.de  
www.aktive-parkinsonstiftung.de

**Bankverbindung**  
Bank für Sozialwirtschaft  
IBAN: DE 79 5502 0500 0001 5494 00  
BIC: BFSWDE33MNZ