

## Datenschutzerklärung

Ich willige ein, dass die Dehrner Krebsnothilfe e.V. als verantwortliche Stelle die in meiner Beitrittserklärung erhobenen personenbezogenen Daten wie Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail-Adresse, Telefonnummer und Bankverbindung speichert, verarbeitet und nutzt. Dabei werden die erhobenen Daten ausschließlich zum Zwecke der Mitgliederverwaltung und -pflege, der Kommunikation eigener Vereinsangebote, der Auswertung interner Statistiken, des Beitragseinzuges und der Übersendung von Steuerbescheinigung sowie Jahresbericht verwendet. Eine Datenübermittlung an Dritte findet nicht statt. Eine Weitergabe personenbezogener Daten zu Werbezwecken findet ebenfalls nicht statt. Bei Beendigung meiner Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen. Ich habe als Mitglied im Rahmen der Vorgaben des Bundesdatenschutzgesetzes, bzw. der Datenschutzgrundverordnung das Recht auf Auskunft über meiner personenbezogenen Daten, die zu meiner Person bei der verantwortlichen Stelle gespeichert sind. Außerdem habe ich als Mitglied, im Falle von fehlerhaften Daten, ein Korrekturrecht.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

## Einverständniserklärung zur Veröffentlichung von Fotos und Filmaufnahmen

Ich willige ein, dass im Rahmen von Veranstaltungen angefertigte Foto- und Filmaufnahmen für Veröffentlichungen, Berichte in Printmedien, Neuen Medien und auf der Internetseite des Vereines verwendet werden dürfen. Eine Verwendung der Aufnahmen für andere als die beschriebenen Zwecke oder ein Inverkehrbringen durch Überlassung der Aufnahme an Dritte ist unzulässig. Diese Einwilligung ist freiwillig. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

# Unterstützen Sie uns durch eine Fördermitgliedschaft oder Spende

## Wir freuen uns über:

- eine Fördermitgliedschaft (monatlich mind. 2,- Euro),
- eine Spende (steuerlich absetzbar),
- Hinweis auf unsere Arbeit an Betroffene
- aktive Unterstützung unserer Vereinsarbeit

## Spendenkonten

**Kreissparkasse Limburg**  
IBAN DE79 5115 0018 0010 0024 59

**Nassauische Sparkasse**  
IBAN DE11 5105 0015 0527 0114 50

**Ein Prozent Hilfe ist mehr als  
hundert Prozent Mitleid.**

*Phil Bosmans*

## Unsere Kontaktstelle in der Limburger Altstadt

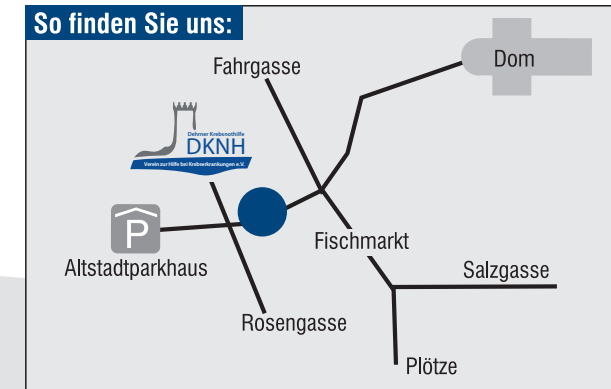
Kleine Rütsche 3  
65549 Limburg  
☎ kontakt@dknh.de  
☎ 0 64 31 - 973 914

## Wir sind für Sie vor Ort:

Dienstags von 11.00 Uhr bis 13.00 Uhr

Samstags von 11.00 Uhr bis 13.00 Uhr

oder nach vorheriger telefonischer Vereinbarung



**Einfach da,  
wenn man  
uns braucht!**

## Die Dehrner Krebsnothilfe e.V.

leistet seit 1995 unbürokratisch und schnell Hilfe für an Krebs Erkrankte und deren Angehörige. Sie ist als gemeinnützig anerkannt. Ihr soziales Engagement wurde bereits vielfach gewürdigt.

**Täglich für Sie erreichbar:**

☎ **06431 - 973914**



**www.dknh.de**



### Sie erreichen uns:

#### persönlich

In unserer Kontakt- und Informationsstelle  
Kleine Rüsche 3, 65549 Limburg  
(Direkt oberhalb des Altstadtparkhaus' P1)

#### Öffnungszeiten:

Dienstags von 11.00 bis 13.00 Uhr  
Samstags von 11.00 bis 13.00 Uhr oder  
nach vorheriger telefonischer Vereinbarung

#### telefonisch

**7 Tage in der Woche - 365 Tage im Jahr!**

☎ 06431 - 973 914

Sollten Sie uns einmal nicht persönlich  
erreichen, rufen wir Sie in der Regel am  
gleichen Tag zurück.

#### online

✉ kontakt@dknh.de  
www.dehrner-krebsnothilfe.de  
oder ganz einfach unter:  
www.dknh.de

Einfach da,  
wenn man  
uns braucht!



### Das bieten wir:

- Wir leisten zeitnahe Hilfestellung bei der Verarbeitung von Krebserkrankungen insbesondere durch:
  - Psychoonkologische und pädagogische (insbesondere Kinder) Erstbetreuung von Betroffenen und Angehörigen durch erfahrene Therapeuten
  - Angebote wie Mal-, Tanz-, Musik- oder Entspannungstherapie.
  - Finanzielle Unterstützung in durch Krebs entstandenen Notfällen.
  - Unterstützung im Umgang mit Behörden und bei Schriftverkehr, beim Ausfüllen von Formularen, etc.
- Wir fördern Prävention durch Information und Öffentlichkeitsarbeit in der Presse, den Medien und bei Veranstaltungen.
- Wir sorgen dafür, dass die uns anvertrauten Mitgliedsbeiträge und Spenden dort ankommen, wo sie wirklich gebraucht werden.
- Wir sind Teil eines starken Netzwerks durch enge Kooperation mit verschiedenen Einrichtungen, Institutionen, Selbsthilfegruppen, Therapeuten, etc.

### Das sollten Sie wissen:

- Wir behandeln Ihr Anliegen selbstverständlich vertraulich. Darauf haben Sie unser Wort!
- Wir arbeiten absolut ehrenamtlich.
- Unsere Hilfe ist unabhängig von einer Mitgliedschaft.
- Es freut uns, wenn Sie unsere Arbeit im Rahmen einer **Fördermitgliedschaft** oder **Spende** unterstützen. Beachten Sie hierzu bitte die nebenstehende Beitrittserklärung und die rückseitige Einverständniserklärung bzgl. des Datenschutzes.

### Wir brauchen auch Ihre Hilfe!

Damit Betroffene von uns erfahren und wir ihnen helfen können, geben Sie diesen Flyer an Erkrankte und ihre Angehörigen weiter, machen Sie auf uns aufmerksam, sprechen Sie ihnen Mut zu, an uns heranzutreten. So können wir einfach da sein, wenn wir gebraucht werden...!

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

## BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich erkläre unter Anerkennung der Satzung meinen Beitritt als förderndes Mitglied der Dehrner Krebsnothilfe e.V.

Familienname, Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Telefonnummer

Geb.-Datum

E-Mail-Adresse

Monatsbeitrag

Euro Der Mindestbeitrag beträgt € 2,00 im Monat. Über geleistete Zahlungen wird jährlich eine Bescheinigung zugesandt.

Beitrittsdatum

### Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Hiermit ermächtige ich die Dehrner Krebsnothilfe e.V. Beiträge im Rahmen der o.g. Mitgliedschaft mittels Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Dehrner Krebsnothilfe e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Es wird eine Frist der Vorabankündigung von SEPA-Lastschriften von 2 Tagen vereinbart.

Name des Kreditinstituts

Name des Kontoinhabers (nur wenn abweichend vom Mitglied)

PLZ und Ort (nur wenn abweichend vom Mitglied)

IBAN

Ich bin mit dem jährlichen Einzug des oben genannten Beitrags von meinem Konto einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift

Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer lautet: DE25ZZZ00000452024. Ihre Mandatsreferenznummer entspricht der Mitgliedsnummer, die wir Ihnen (dem Mitglied) in geeigneter Form zeitnah mitteilen.

Bitte abschneiden, ausfüllen und im Briefumschlag an die Adresse unserer Kontaktstelle senden!