



**Antragsteller**

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_

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

**Weitere Ansprechperson**

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

Abteilung: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

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

**Bankverbindung**

Empfänger: \_\_\_\_\_

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

Ich/Wir erkläre(n) hiermit, dass die oben gemachten Angaben richtig und vollständig sind. Sollten sich entscheidende Daten hinsichtlich der beantragten Einzelförderung ändern, wie z. B. eine Veränderung des Krankheitsverlaufs, werde(n) ich/wir sofort die AWA Krebshilfe schriftlich informieren.

Ich/Wir erklären mit dem Absenden dieses Antragformulars das Einverständnis, dass wir deine Angaben sowie deine übermittelten Dokumente speichern und verarbeiten. Wir garantieren Dir einen vertrauensvollen und geschützten Umgang mit deinen Daten. Deine Einwilligung kannst Du jederzeit widerrufen. Weitere Informationen findest Du in unserer Datenschutzerklärung.

Ich/Wir erkläre(n) hiermit, dass ich/wir die Förderrichtlinien der AWA Krebshilfe gelesen und verstanden habe(n). Die unterschriebenen Förderrichtlinien sind dem Antrag beigelegt.

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort\_\_\_\_\_  
Unterschrift/en Antragsteller  
(Name und Funktion in Druckbuchstaben)