

BEITRITTSERKLÄRUNG

NAME:.....

VORNAME:.....

STRASSE:.....

Postleitzahl / WOHNORT:.....

TELEFON.....

E-MAIL:.....

Wir sind betroffene Eltern ja / nein

Ich bin ehemals betroffener Patient ja / nein

Wir wünschen die "Wir - Elternzeitung" ja / nein

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zur Aktion für krebskranke Kinder e.V.
Heidelberg

als ordentliches Mitglied

als förderndes Mitglied

Mein Jahresbeitrag:.....Euro (20,-€ Mindestbeitrag)

Datum..... Unterschrift:.....

Bitte zusammen mit dem SEPA Lastschriftmandat an die Aktion für krebskranke Kinder e.V.
Heidelberg senden!



Aktion für krebskranke Kinder e.V. Heidelberg

Geschäftsstelle
z.H. Herr Kolpe / Frau Baldes
Schloßstraße 5-7

69168 Wiesloch

SEPA -Lastschriftmandat

Mitgliedsbeitrag „Aktion für krebskranke Kinder e.V. Heidelberg“
Gläubiger Identifizierungsnummer: DE06ZZZ00000205016

Ich / Wir ermächtige(n) die „Aktion für krebskranke Kinder e.V. Heidelberg“
Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise(n) ich / wir mein Kreditinstitut an, die von der „Aktion für krebskranke Kinder e.V. Heidelberg“ auf mein / unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Mein Jahresmitgliedsbeitrag.....€

Kontoinhaber: Vorname, Name.....

Straße, Hausnummer.....

Postleitzahl / Ort.....

Kreditinstitut:.....

IBAN.: DE.....

BIC:.....

Ort / Datum..... Unterschrift(en).....

Bitte an die Aktion für krebskranke Kinder e.V. Heidelberg senden

Aktion für krebskranke Kinder e.V. Heidelberg
Geschäftsstelle

Schloßstraße 5-7
69168 Wiesloch
www.dlfh-heidelberg.de

Telefon: 06222 3828859
E-Mail: kontakt@dlfh-heidelberg.de

SEPA -Lastschriftmandat

Mitgliedsbeitrag „Aktion für krebskranke Kinder e.V. Heidelberg“
Gläubiger Identifizierungsnummer: DE06ZZZ00000205016

Ich / Wir ermächtige(n) die „Aktion für krebskranke Kinder e.V. Heidelberg“
Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise(n) ich / wir mein Kreditinstitut an, die von der „Aktion für krebskranke Kinder e.V. Heidelberg“ auf mein / unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Mein Jahresmitgliedsbeitrag.....€

Kontoinhaber: Vorname, Name.....

Straße, Hausnummer.....

Postleitzahl / Ort.....

Kreditinstitut:.....

IBAN.: DE.....

BIC:.....

Ort / Datum..... Unterschrift(en).....

Ausfertigung für den Zahlungspflichtigen