

BEITRITTE RKLÄRUNG

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
Epfenbergstr.10

74937 Spechbach

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

SEPA -Lastschriftmandat

Mitgliedsbeitrag Aktion für krebskranke Kinder e.V. Heidelberg
Gläubiger ID: 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