



DLFH • Aktion für krebskranke Kinder e.V. • Silberstraße 17 • 74937 Spechbach

- Gemeinnütziger Verein -

Geschäftsstelle:  
Tel.: 06226-970800  
Fax.: 06226-970799  
Email:  
[kontakt@dlfh-heidelberg.de](mailto:kontakt@dlfh-heidelberg.de)  
Homepage:  
[www.dlfh-heidelberg.de](http://www.dlfh-heidelberg.de)  
Gläubiger ID:  
DE06ZZZ00000205016  
Bankverbindung:  
IBAN:  
DE63 6729 1700 0000 0003 45  
Volksbank Neckartal  
BIC: GENODE61NGD

## BEITRITTSERKLÄRUNG

NAME:.....

VORNAME:.....

STRASSE:.....

Postleitzahl/WOHNORT:.....

TELEFON.....

E-MAIL:.....

Wir sind betroffene Eltern ja / nein

Wir wünschen die "Wir - Elternzeitung" ja / nein

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

als ordentliches Mitglied  
als förderndes Mitglied

Mein Jahresbeitrag:.....Euro (20,--€ Mindest Beitrag)

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

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

# DLFH • Aktion für krebskranke Kinder e.V. • Ortsverband Heidelberg



- Gemeinnütziger Verein -

DLFH • Aktion für krebskranke Kinder e.V. • Silberstraße 17 • 74937 Spechbach

DLFH - Aktion für krebskranke Kinder e.V.  
OV - Heidelberg  
Silberstr. 17

74937 Spechbach

Geschäftsstelle:  
Tel.: 06226-970800  
Fax.: 06226-970799  
Email:  
[kontakt@dlfh-heidelberg.de](mailto:kontakt@dlfh-heidelberg.de)  
Homepage:  
[www.dlfh-heidelberg.de](http://www.dlfh-heidelberg.de)  
Gläubiger ID:  
DE06ZZZ00000205016  
Bankverbindung:  
IBAN:  
DE63 6729 1700 0000 0003 45  
Volksbank Neckartal  
BIC: GENODE61NGD

## SEPA -Lastschriftmandat

Mitgliedsbeitrag DLFH - Aktion für krebskranke Kinder e.V.  
Gläubiger Identifizierungsnummer: DE06ZZZ00000205016

Ich/Wir ermächtige(n) Die DLFH - Aktion für krebskranke Kinder e.V.  
Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise(n) ich/wir mein Kreditinstitut an, die von der DLFH - Aktion für krebskranke Kinder e.V. 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:.....

Hinweis: Ab dem 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

**ORT/Datum..... Unterschrift(en).....**

**Bitte an die DLFH senden**