

BEITRITTSERKLÄRUNG

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

Postleitzahl / Ort: _____

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 Jahresbeitrag: _____ Euro (20,- € Mindestbeitrag)

Kontoinhaber: _____
(Vorname, Name)

Straße: _____

Postleitzahl / Ort: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

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

SEPA -Lastschriftmandat

(Ausfertigung für den Zahlungspflichtigen)

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 Jahresbeitrag: _____ Euro (20,- € Mindestbeitrag)

Kontoinhaber: _____
(Vorname, Name)
Straße: _____

Postleitzahl / Ort: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Ausfertigung für den Zahlungspflichtigen