



Verein für krebs- und
chronischkranke Kinder e.V.
Heinrichwingertsweg 17
64285 Darmstadt
Tel. 06151 / 25396
Fax 06151 / 25629

Verein für krebs- und
chronischkranke Kinder e.V.
Heinrichwingertsweg 17
64285 Darmstadt

Bitte ausfüllen
und per Post
oder per Fax
an 06151 / 25629
versenden.

Mitgliederantrag

Ich beantrage hiermit meine Mitgliedschaft im „Verein für krebs- und chronischkranke Kinder e.V. Darmstadt“

Mitgliedspersonalien:

Name, Vorname

PLZ, Ort, Strasse

Telefon

Beitrag:

Ich zahle einen jährlichen Beitrag von _____ EUR
(Mindestbeitrag 30.00 EUR / Jahr).

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschriften:

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zur entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Mein Jahresbeitrag soll ab dem _____ (Datum)

halbjährlich (50%) oder jährlich (bitte ankreuzen)

von meinem Konto:

Konto Nr.

Bankleitzahl

Institut

abgerufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Den Antrag bitte per Fax oder postalisch übersenden.