



Heinrichwingertsweg 17
64285 Darmstadt
Tel. 06151 / 25396
Fax 06151 / 25629

Verein für krebskranke
und chronisch kranke Kinder
Darmstadt/Rhein-Main-Neckar e.V.
Heinrichwingertsweg 17
64285 Darmstadt

Mitgliedsantrag

Ich beantrage hiermit meine Mitgliedschaft im VEREIN FÜR KREBSKRANKE und chronisch kranke KINDER DARMSTADT/Rhein-Main-Neckar e.V.

Name, Vorname _____
PLZ / Wohnort _____
Straße _____
Telefon _____
E-Mail-Adresse _____

Ich zahle einen Jahresbeitrag von _____ EURO

(Mindestbeitrag 60.00 €)

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:

IBAN _____

BIC _____

Bank _____

abgerufen werden.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____