



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 _____

Straße _____

PLZ / Wohnort _____

Telefon _____

email _____

Ich zahle einen Jahresbeitrag in Höhe von _____ Euro

(Mindestbeitrag 60 Euro)

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschriften:

Hiermit ermächtige Sie widerruflich, die von mir zu 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 _____

halbjährlich (50%) oder jährlich

von meinem Konto:

IBAN _____

BIC _____

Bank _____

abgerufen werden.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____