

An die Fördergemeinschaft
Kinderkrebs-Zentrum Hamburg e.V.
Wendenstraße 195
20537 Hamburg
Fax 040 25 60 72



Fördergemeinschaft
KINDERKREBS-ZENTRUM
Hamburg e.V.

Beitrittserklärung

Ich erkläre meinen Beitritt zur Fördergemeinschaft Kinderkrebs-Zentrum Hamburg e. V.

Name und Vorname:

.....

Geburtsdatum:

.....

Straße und Hausnummer:

.....

Postleitzahl und Ort:

.....

Telefon:

.....

E-Mail:

.....

Mein jährlicher Mitgliedsbeitrag beträgt:

€

.....

Ort und Datum

Unterschrift

Für Ihre Beiträge und Spenden erhalten Sie unaufgefordert eine Zuwendungsbestätigung. Unsere Vereinssatzung liegt in der Geschäftsstelle zur Einsicht vor. Um unseren Verwaltungsaufwand so gering wie möglich zu halten, erteilen Sie uns bitte ein, jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufbares, Lastschriftmandat. Danke.

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich die Fördergemeinschaft Kinderkrebs-Zentrum Hamburg e.V., meinen oben genannten jährlichen Mitgliedsbeitrag

monatlich

¼ jährlich

½ jährlich

jährlich

mittels Lastschrift einzuziehen (bitte mindestens 20 € pro Einzug).

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Fördergemeinschaft Kinderkrebs-Zentrum Hamburg e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber

.....

Straße und Hausnummer:

.....

Postleitzahl und Ort:

.....

Name des Kreditinstitutes:

.....

BIC

.....

IBAN (22 stellige Kontonummer):

.....

Ort und Datum

Unterschrift