

Hilfe für Krebskranke Aschaffenburg e.V.



Hilfe für Krebskranke
Aschaffenburg e.V.

An den
Vorsitzenden der Hilfe für Krebskranke e.V.
Dr. med. M. Welslau
Klinikum Aschaffenburg
Am Hasenkopf 1
63739 Aschaffenburg

Hiermit beantrage ich die

- reguläre Mitgliedschaft
 fördernde Mitgliedschaft

im eingetragenen Verein Hilfe für Krebskranke

Name:	Vorname:
geb. am:	akademischer Titel:
Privatadresse:	Tel. (evt. Fax):
	Mobiltelefon:
	E-Mail:
Dienstadresse:	Tel. (evt. Fax):
	Mobiltelefon:
	E-Mail:
Ort, Datum, Unterschrift:	
Schriftverkehr erbeten an: Dienstanschrift <input type="checkbox"/> Privatanschrift <input type="checkbox"/>	
KONTOEINZUGSERMÄCHTIGUNG	
Bitte füllen Sie die nachfolgende Kontoeinzugsermächtigung aus und senden 1 Exemplar ausgefüllt zurück. Das 2. Exemplar ist für Ihre Unterlagen bestimmt.	

SEPA-Lastschriftsmandat

Ich ermächtige die Hilfe für Krebskranke e.V., den jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von 25 € von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich meinen Zahlungsdienstleister an, die von der Hilfe für Krebskranke Aschaffenburg e.V. von meinem Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Name, Vorname: _____

Datum, Unterschrift: _____

Einzugsermächtigung

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftsmandats:

Gläubiger-ID: DE64ZZZ00001220920

Ich ermächtige die Hilfe für Krebskranke Aschaffenburg e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtende Zahlung bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

2. Exemplar für Ihre Unterlagen

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Hilfe für Krebskranke e.V., den jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von 25 € von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich meinen Zahlungsdienstleister an, die von der Hilfe für Krebskranke Aschaffenburg e.V. von meinem Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Name, Vorname: _____

Datum, Unterschrift: _____

Einzugsermächtigung

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats:

Gläubiger-ID: DE64ZZZ00001220920

Ich ermächtige die Hilfe für Krebskranke Aschaffenburg e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtende Zahlung bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____