

Bitte vollständig ausgefüllt senden an: Kinderkrebshilfe BGL+TS
Dorfstr. 2 ½
D-83317 Oberteisendorf
oder per Mail: info@kinderkrebshilfe-bglts.de



Aufnahmeantrag

Hiermit erkläre ich/erklären wir meinen/unseren Beitritt als Mitglied/er zum Verein "Kinderkrebshilfe Berchtesgadener Land und Traunstein e.V. – Verein zur Hilfe für Familien mit von Krebs betroffenen Kindern oder Eltern, Dorfstr. 2 ½, D - 83317 Oberteisendorf.

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtstag: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

☐ keine E-Mail-Adresse

Datum

Unterschrift

Einzugsermächtigung

☐ Hiermit ermächtige ich bis auf Widerruf den Verein "Kinderkrebshilfe BGL+TS e.V. - Verein zur Hilfe für Familien mit von Krebs betroffenen Kindern oder Eltern" meinen/unseren Mitgliedsbeitrag einmal jährlich vom nachstehenden Konto abzubuchen (€ 30,- für Einzelmitglieder | € 45,- für Paare).

Kontoinhaber*in: _____

IBAN: D E _____

BIC: _____

Name der Bank: _____

Datum

Unterschrift