



Verein „Hilfe für Krebskranke e. V.“ Nürnberg

Ich erkläre meinen Beitritt zum Verein „Hilfe für Krebskranke e.V.“ Nürnberg

Verein „Hilfe für Krebskranke e.V.“ Nürnberg
Lorenzer Straße 2
90402 Nürnberg

Vorname / Name:	
Straße:	
PLZ / Ort:	
Telefon:	
E-Mail:	

Mit einem Jahresbeitrag von EUR:
(Mindestbeitrag pro Jahr 35,00 EUR)

Mit dem jährlichen Einzug des Mitgliedsbeitrags bin ich einverstanden.

Ich willige ein, dass meine Daten zur Mitgliederverwaltung und Mitgliederbetreuung verwendet werden. Die Datenschutzhinweise finden Sie auf unserer Homepage bzw. werden Ihnen mit den Vereinsunterlagen zugesandt.

Datum

.....
Unterschrift



Verein „Hilfe für Krebskranke e. V.“ Nürnberg

Ich ermächtige den Verein „Hilfe für Krebskranke e.V.“ Nürnberg Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die 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.

Bankverbindung:

IBAN:		BIC:	
Datum:		Unterschrift	