



ELTERNINITIATIVE KREBSKRANKER KINDER ERLANGEN E.V.

Gemeinnütziger Verein

Hiermit erkläre ich zum _____ meinen Beitritt zur

Elterninitiative krebskranker Kinder Erlangen e.V.
- Gemeinnütziger Verein -
Loschgstraße 4, 91054 Erlangen, Telefon 09131/21930

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Telefon: _____

Beruf: _____ Geburtsdatum: _____

E-Mail: _____

Bitte entsprechendes ankreuzen:

- Einzelpersonen Mitgliedschaft (30,-€)
 Familien Mitgliedschaft (50,-€)

Lastschriftverfahren

Hiermit ermächtige ich die **Elterninitiative krebskranker Kinder Erlangen e.V.** widerruflich, den Mitgliedsbeitrag (Einzelpersonen: 30,- €, Familien: 50,-€) von meinem/unserem Konto abzubuchen.

Kontoinhaber: _____ Geldinstitut: _____

IBAN.: _____ BIC: _____

Datum: _____ Unterschrift _____
(des Kontoinhabers falls nicht identisch mit Antragsteller)