



www.kinder-erlangen.de

Elterninitiative krebskranker Kinder Erlangen e.V.  
Loschgestr. 4, 91054 Erlangen



# Mitgliedschaft Aufnahmeantrag



Hiermit erkläre ich zum \_\_\_\_\_ meinen Beitritt zur

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

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## Bitte entsprechendes ankreuzen:

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

## SEPA Lastschriftmandat

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)