



MITGLIEDSANTRAG

Ich möchte ordentliches Mitglied förderndes Mitglied werden im Verein

Hilfe für krebskranke Kinder Frankfurt e.V. (gemeinnützig anerkannter Verein)

Komturststraße 3, 60528 Frankfurt, Telefon: (069) 96 78 07- 0, Fax: (069) 96 78 07- 40

E-Mail: info@hfkf.de Internet: www.kinderkrebs-frankfurt.de

Ich zahle einen jährlichen Beitrag von Euro _____ (Mindestbeitrag 20,00 Euro pro Jahr)

Nur bei ordentlichen Mitgliedern

_____ Name, Vorname
 _____ Straße
 _____ PLZ, Wohnort
 _____ Telefon u. E-Mail
 _____ Geburtsdatum
 _____ Beruf

_____ Vorname des erkrankten Kindes
 _____ Geburtsdatum
 _____ Jahr der Erkrankung
 _____ Art der Erkrankung
 _____ Vorname(n) der Geschwister
 _____ Geburtsjahr(e) der Geschwister

SEPA – Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE67ZZZ00000898341
Mandatsreferenz (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Verein Hilfe für krebskranke Kinder Frankfurt e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein Hilfe für krebskranke Kinder Frankfurt e.V. 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Lastschufteinzug halbjährlich jährlich

Vorname und Nachname (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

IBAN

BIC (8 oder 11 Stellen)

Ort und Datum

Unterschrift
