

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich,

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

e-mail: _____

die Aufnahme in den Lebe Dein Leben trotz Krebs e.V. ab dem _____

Jahresbeiträge (zutreffendes bitte ankreuzen)

- 36,00 € Erwachsene aktive Mitglied (nur begrenzte Anzahl möglich)
- 72,00 € Erwachsene inaktive und fördernde Mitglieder
- 36,00 € Erwachsene Familienangehörige
- 36,00 € Jugendliche Mitglieder bis 18 Jahre
- 36,00 € Schüler, Studenten, Azubi über 18 Jahre

Der Einzug erfolgt jährlich zum 15.01. (keine Vorabinformation mehr nötig)

Ort, Datum

Unterschrift
Bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE76ZZZ00002050345**

Mandatsreferenz: = das laufende Mitgliedsjahr und Ihre Mitgliedsnummer

Ich ermächtige den Lebe Dein Leben trotz Krebs e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Lebe Dein Leben trotz Krebs 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.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
IBAN

Datum, Ort und Unterschrift

Bei Einzugsermächtigung: Der Einzug erfolgt jährlich zum 15.01. (keine Vorabinformation mehr nötig)