

**Ich erkläre meinen Beitritt zum  
Krebsverein Schwäbisch Hall e.V.**

**Name:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**Ort:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**mit einem Jahresbeitrag von € \_\_\_\_\_  
(Mindestbetrag pro Jahr € 15,-)**

**Mit dem jährlichen Einzug des Mitgliedsbeitrages bin ich einverstanden.**

**Bankverbindung:** \_\_\_\_\_

**Konto Nr.:** \_\_\_\_\_

**Bankleitzahl:** \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_