

An den
Krebsverein Schwäbisch Hall e.V.
Am Mutterhaus 3
74523 Schwäbisch Hall

Mitgliedschaftsantrag

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den Krebsverein Schwäbisch Hall e.V.

Name, Vorname _____

Straße & Hausnr. _____

PLZ Ort _____

Geburtsdatum _____

Telefonnummer Festnetz/Handy _____

E-Mail-Adresse _____

Der Zusendung von Korrespondenz durch den Krebsverein a per E-Mail stimme ich zu
(bitte ankreuzen): Ja Nein

Mein Beitritt erfolgt zum _____

SEPA-Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige den Krebsverein Schwäbisch Hall e.V. jährlich mittels Lastschrift ab 01.05. Zahlungen von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Krebsverein Schwäbisch Hall e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. [Hinweis: Innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, kann die Erstattung des Betrages verlangt werden. Es gelten dabei die beim u.g. Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen].

Mandatsreferenznummer wird separat mitgeteilt
Gläubiger-Ident.-Nr. Krebsverein DE81ZZZ00000135572

Vereinsbeitrag jährlich in Euro: _____ (mind. 25,00 Euro)

IBAN DE_____

BIC _____

Bank _____

Ort, Datum

Unterschrift

Hinweise zum Datenschutz finden Sie unter www.krebsverein-sha.de oder wird Ihnen auf Wunsch per Post zugesendet.