



Mitgliedsantrag / SEPA-Lastschrift-Mandat (Einzugsermächtigung)

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Elterninitiative Kinderkrebsklinik e.V.

Vorname, Name:		
Geburtsdatum:		
Straße / Hausnummer:		
Postleitzahl / Ort:		
Telefon:		Fax:
Email:		
Eintrittsdatum (TT/MM/JJJJ):		

Ich werde ab dem 01. des Monats _____ des Jahres 20__ einen Beitrag in Höhe von _____ € zahlen. Der Jahresmindestbeitrag beträgt 10,23 €.

und/oder per Sepa Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung)

Ich ermächtige die Elterninitiative Kinderkrebsklinik e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Elterninitiative Kinderkrebsklinik e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Vorname Name (des Kontoinhabers):	
IBAN:	
BIC:	
Ort, Datum:	
Unterschrift:*	

Bitte buchen Sie jährlich oder einmalig ab (zutreffendes bitte ankreuzen)

Ihre Mandatsreferenz wird von uns vergeben und setzt sich aus Ihrem Vornamen, Namen und ggf. Geburtsdatum zusammen.

Unsere Kontaktdaten/ Bankverbindung
Elterninitiative Kinderkrebsklinik e.V., Bunzlauer Weg 31, 40627 Düsseldorf
IBAN DE71 3005 0110 0010 1064 33 BIC DUSSEDDXXX
Gläubiger-Identifikationsnummer DE24ZZZ00000016706
Telefon 0211/ 27 99 98
Fax 0211/ 27 28 79
Email: EltKrebs@uni-duesseldorf.de
www.kinderkrebsklinik.de

*Das Mindesteintrittsalter beträgt 18 Jahre