

Beitrittserklärung

BERATUNGSSTELLE FÜR KREBSBETROFFENE UND ANGEHÖRIGE
INTERESSENGEMEINSCHAFT DER KREBSNACHSORGE
KREFELD e.V.

MÜHLENSTR.42«
47798 KREFELD
TEL.021 51/602333«
FAX 02151/615078
E-Mail: Krebsberatung_KR@t-online.de

Vorname

Name

Straße

PLZ - Wohnort

Telefon

E-Mail

Wir sind auf finanzielle und mitmenschliche Unterstützung angewiesen. Durch Ihre Mitgliedschaft helfen Sie uns zu helfen!
Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Interessengemeinschaft der Krebsnachsorge Krefeld e.V.

Mein Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich:

100 €

60 €

30 €

Meinen Mitgliedsbeitrag werde ich überweisen auf eines der Konten:
Sparkasse Krefeld, BLZ 320 500 00 Konto 120 220
Volksbank Krefeld, BLZ 320 603 62 Konto 6 36 36 36

Datum/Unterschrift _____

Ich ermächtige hiermit die Interessengemeinschaft der Krebsnachsorge Krefeld e.V., den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto abzubuchen.

Konto:

BLZ:

Bankinstitut:

Datum/Unterschrift _____

Diese Ermächtigung kann ich jederzeit widerrufen.