

Elterninitiative krebskranker Kinder  
 Koblenz e.V.  
 Koblenzer Straße 116  
 56073 Koblenz



Sehr geehrte Damen und Herren,  
 wir freuen uns sehr, dass Sie Interesse an einer Mitgliedschaft bei der Elterninitiative krebskranker Kinder Koblenz haben.  
 Mit Ihrer Mitgliedschaft unterstützen Sie die krebskranken Kinder aus der hiesigen Region. Vielen Dank!  
 Da wir am SEPA-Einzugsverfahren teilnehmen, benötigen wir Ihre Beitrittserklärung bzw. Ihre Einzugsermächtigung im Original.  
 Bitte drucken Sie daher diesen Vordruck aus und übersenden Sie uns den von Ihnen handschriftlich ausgefüllten Vordruck.  
 Eine von Ihnen per E-Mail oder per FAX übersandte Beitrittserklärung können wir leider nicht bearbeiten.

Der Vorstand

# Beitrittserklärung

Hiermit beantrage/n ich/wir die Mitgliedschaft in der Elterninitiative krebskranker Kinder Koblenz e. V.

## 1. Angaben zur Person

Name/n \_\_\_\_\_

Vorname/n \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Straße, Nr. \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Handy Nr. \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

---

Ort                      Datum                      Unterschrift

## 2. Jahresbeitrag / Einzugsermächtigung / SEPA-Lastschrift-Mandat

Der Jahresbeitrag beträgt laut Beschluss der Mitgliederversammlung derzeit mindestens **16 Euro für die Einzelmitgliedschaft** sowie mindestens **6 Euro für jede weitere Person**.  
 Die Beendigung der Mitgliedschaft ist nur durch schriftliche Kündigung möglich.  
 Ich ermächtige die Elterninitiative krebskranker Kinder Koblenz e.V. den jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von  Euro von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.  
 Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Elterninitiative krebskranker Kinder Koblenz e.V. auf mein Konto gezogene 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.**  
**Zahlungsart : Jährlich wiederkehrende Zahlung**

### Kontoinhaber

IBAN

Bank \_\_\_\_\_

Ort                      Datum                      Unterschrift