

Bitte unterschrieben zurücksenden an :

S.E.L.P. e.V.

c/o **Raphaelsklinik**

Loerstr. 23 in 48143 Münster

B e i t r i t t s e r k l ä r u n g

Hiermit erkläre(n) ich (wir) den Beitritt zur Selbsthilfevereinigung zur Unterstützung erwachsener Leukämie- und Lymphompatienten e.V.

Nachname : _____

Vorname : _____

Straße, Nr. : _____

PLZ, Wohnort : _____

Telefon : _____

eMail (optional) : _____

Beruf (optional) : _____

Geburtsdatum : _____

Einzugsermächtigung

Um den Verwaltungsaufwand so gering wie möglich zu halten, erteilen Sie uns bitte eine jederzeit - ohne Angaben von Gründen - widerrufliche Einzugsermächtigung.

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift :

Hiermit ermächtige(n) ich (wir) die "Selbsthilfe-Vereinigung zur Unterstützung erwachsener Leukämie- und Lymphom-Patienten e.V." meinen / unseren freiwilligen Jahresbeitrag (in Höhe von mindestens 30 €) zu Lasten meines / unseres Girokontos einmal pro Jahr einzuziehen :

Euro : _____ €

Konto-Nr.: _____

Bank : _____

BLZ : _____

Wenn mein / unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts (s.o.) keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum

Unterschrift(en)

Bankverbindung S.E.L.P. e.V. :

Volksbank Münster eG ; Beitragskonto: 2.722.004.601 ; BLZ: 401.600.50