

Antrag auf Mitgliedschaft

Ich möchte Mitglied der Kinderkrebshilfe Mainz e.V. werden!

Angaben zur Person / Firma

Name, Vorname /
Firma

Straße

PLZ

Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Einzugsermächtigung mit SEPA Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich den Zahlungsempfänger (Kinderkrebshilfe Mainz e.V.), den Mitgliedsbeitrag in Höhe von 20 € pro Jahr von meinem Konto abzubuchen:

Kontoinhaber

Kreditinstitut

IBAN

BIC

Ich möchte eine Spendenbescheinigung

ja

nein

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Bitte senden Sie dieses Formular postalisch, per Fax oder eingescannt per E-Mail an die Geschäftsstelle der Kinderkrebshilfe Mainz.

Geschäftsstelle: Kinderkrebshilfe Mainz e.V.
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Universitätsmedizin der
Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Langenbeckstr. 1
55131 Mainz

Telefon: 06131 - 32700-30 **Fax:** 06131 - 32700-39

E-Mail: info@kinderkrebshilfe-mainz.de

Homepage: www.kinderkrebshilfe-mainz.de

Spendenkonto: Kinderkrebshilfe Mainz e.V.
Mainzer Volksbank
BIC: MVBMD55
IBAN: DE13 5519 0000 0200 2000 20

Spendenkonto: Kinderkrebshilfe Mainz e.V.
Sparkasse Mainz
BIC: MALADE51MNZ
IBAN: DE13 5505 0120 0200 0904 13