

Förderverein Krebsberatungsstelle Oberschwaben e.V:  
Elisabethenstraße 17, 88212 Ravensburg  
**Beitrittserklärung**

hiermit beantrage ich,  
Name, Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

Telefon:

e-mail:

die Mitgliedschaft im Förderverein Krebsberatungsstelle Oberschwaben e.V. .  
Jahresbeitrag: 20 Euro. Zahlungstermin: jährlich zum 01.01. Satzung und Ordnungen des Vereins erkenne ich mit meiner Unterschrift an.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift

\_\_\_\_\_  
ges. Vertreter bei Minderjährigen

Förderverein Krebsberatungsstelle Oberschwaben e.V.  
Elisabethenstraße 17, 88212 Ravensburg  
Gläubiger-Identifikationsnummer:

### **SEPA-Lastschriftmandat**

Mandatsreferenz:

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Förderverein Krebsberatungsstelle Oberschwaben e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Förderverein Krebsberatungsstelle Oberschwaben e.V. auf mein Konto gezogenen 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: Wiederkehrende Zahlung

Name, Vorname:  
(Kontoinhaber)  
Straße:

PLZ, Ort:

IBAN:

BIC:

\_\_\_\_\_  
Ort Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber