



### Beitrittserklärung:

Hilfe für Krebsbetroffene vor Ort

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

### Bankeinzugsvollmacht

Hiermit ermächtige ich die Krebshilfe Sprockhövel/Hattingen widerruflich, den von mir zu entrichtenden Beitrag in Höhe von Euro \_\_\_\_\_ zu Lasten des Kontos

IBAN \_\_\_\_\_

bei der \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_

durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Bankinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

\_\_\_\_\_  
Datum                      Unterschrift

Der gegenwärtig geltende Mitgliedsbeitrag beträgt 24 Euro jährlich.

### Bankverbindung der Krebshilfe:

Volksbank Sprockhövel BIC: GENODEM1SPO  
IBAN: DE90 4526 1547 0203 9507 00

Sparkasse Sprockhövel BIC: SPSHDE31XXX  
IBAN: DE89 4525 1515 0000 0252 62