

Antrag auf Mitgliedschaft

.....
Name, Vorname

Geburtsdatum

.....
Beruf

Telefon

.....
Email

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Wohnort

.....
Datum, Unterschrift

**Der Mitgliedsbeitrag beträgt EUR 30,- pro Jahr. Fördernde Mitglieder zahlen EUR 100,- pro Jahr.
Der Beitrag für Firmenmitgliedschaften beträgt EUR 500,- pro Jahr.**

Einzugsermächtigung

Hiermit erteile ich widerruflich die Ermächtigung, den Vereinsbeitrag von EUR _____ pro Jahr von meinem Konto abzubuchen.

.....
Kontoinhaber

.....
Geldinstitut

.....
IBAN

.....
BIC

.....
Datum, Unterschrift

Wir bitten Sie, Ihren allerersten Mitgliedsbeitrag auf unten stehendes Konto zu überweisen. Die Abbuchung der weiteren Beiträge erfolgt dann im März eines jeden Jahres.

Konto
lebensmut e.V.
Stadtsparkasse München
IBAN: DE70 7015 0000 0000 5779 99
BIC: SSKMDEMM

Bitte senden Sie den unterschriebenen Mitgliedsantrag an
lebensmut e. V. | Leben mit Krebs
Klinikum der Universität München, Campus Großhadern
Marchioninistraße 15 | 81377 München
Telefon (089) 4400-74918 | Fax (089) 4400-78665
lebensmut@med.uni-muenchen.de | www.lebensmut.org