



# KINDERKREBSHILFE

in der Region Oberpfalz-Nord e.V.

## Beitrittserklärung

ich erkläre hiermit meinen Beitritt zur  
**Kinderkrebshilfe in der Region  
Oberpfalz Nord e.V.**

.....  
Vor- und Zuname

.....  
Straße, Hausnummer

.....  
PLZ, Ort

.....  
Geburtsdatum

.....  
Telefon

.....  
E-Mail

Mitgliedsbeitrag in Höhe von 12,00 € jährlich

und / oder

Förderbeitrag von  € (mindestens 12,00 € jährlich)

.....  
Datum, Unterschrift

## SEPA-Lastschriftmandat

### Zahlungsempfänger:

Kinderkrebshilfe in der Region  
Oberpfalz Nord eV.  
Moorstr. 10  
92648 Vohenstrauß

Gläubiger Identifikationsnummer:

**DE 61ZZZ00000197818**

.....  
Mandatsreferenz:

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den oben genannten  
Zahlungsempfänger

wiederkehrende Zahlungen

von meinem (unserem) Konto mittels SEPA-Basislastschrift  
einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser)  
Kreditinstitut an, den oben genannten Zahlungsempfänger  
auf mein (unser) Konto gezogene(n) Lastschrift(en)  
einzulösen.

Hinweis: Ich kann (wir können) innerhalb von acht Wo-  
chen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstat-  
tung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei  
die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten  
Bedingungen.

### Kontoinhaber:

.....  
Vorname und Name/Firma

.....  
Straße und Hausnummer

.....  
PLZ und Ort

.....  
Kreditinstitut (Name)

.....  
BIC

.....  
IBAN

.....  
Ort, Datum, Unterschrift