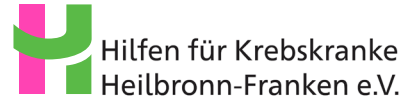


# Antrag auf Mitgliedschaft



**Ja**, ich möchte Mitglied im Verein Hilfen für Krebskranke Heilbronn-Franken e.V. werden

.....  
Name, Vorname

.....  
Straße

.....  
PLZ, Ort

.....  
Telefon/Mobil

.....  
E-Mail

.....  
IBAN

.....  
BIC

.....  
Kontoinhaber

.....  
Datum, Ort, Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag 20,00 € jährlich von o.g. Konto abgebucht wird. Diese Abbuchungsermächtigung kann jederzeit formlos und ohne Angaben von Gründen widerrufen werden.

Statt des Mindestbeitrags bin ich damit einverstanden, den freiwillig gewählten Jahresbeitrag von \_\_\_\_\_ € von o.g. Konto abzubuchen. Diese Abbuchungsermächtigung kann jederzeit formlos und ohne Angaben von Gründen widerrufen werden.

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner Daten personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß Bundesdatenschutzgesetz bin ich einverstanden.

Die Zusendung einer Spendenquittung erfolgt automatisch ab 200,00 €.  
Bis zu einer Höhe von 200,00 € gilt der Zahlungsbeleg als Nachweis.