

Mitgliederantrag
Onkologiehilfe Gäuboden/Ostbayern e.V.



Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Ich möchte helfen:

- ☐ durch meine **Mitgliedschaft** bei der Onkologiehilfe Gäuboden/Ostbayern e.V. mit einem jährlichen Beitrag in Höhe von _____ €

Mindestbeitrag laut Vereinssatzung Privatpersonen 50 €, Institutionen 100 €

- ☐ mit einer **einmaligen Spende** in Höhe von _____ € zugunsten der Onkologiehilfe Gäuboden/Ostbayern e.V.

Raiffeisenbank Straubing

IBAN: DE78 7426 0110 0001 0518 81

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandates:

Name, Vorname: _____

Ich ermächtige hiermit die Onkologiehilfe Gäuboden/Ostbayern e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Der Mitgliedsbeitrag wird jährlich bis auf Widerruf von meinem Konto abgebucht.

IBAN _____ BIC _____

bei der Bank (Bankname, Sitz) _____

Ort und Datum

Unterschrift