

## Machen Sie mit und helfen Sie uns!

Ich erkläre mit meiner Unterschrift die Mitgliedschaft im Verein  
Aktion B – Brustgesundheit Niederrhein e.V.

Name:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Telefon:

Mailanschrift:

**Hiermit ermächtige ich den Verein zum Bankeinzug des Mitgliedsbeitrags**

**in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro (mindestens 24 Euro jährlich).**

Die Lastschrift erfolgt jährlich zum 01.10., bei Beitritt nach dem 01.10. erfolgt die Lastschrift erstmalig am 01. des Beitrittsfolgemonats. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht keine Verpflichtung seitens des Instituts, die Lastschrift einzulösen. Die Kosten aus Rücklastschriften gehen zu Lasten des Mitgliedes.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE33ZZZ00000800789.

Kontonummer:

Bankleitzahl:

IBAN:

- Ich bin bereit bei Aktionen mitzuhelfen
- Ich möchte Fördermitglied sein

Datum und Unterschrift