

Mitgliedsantrag

Pflichtfeld*



Ja, ich möchte der Leukämiehilfe Ostbayern e.V. als förderndes Mitglied beitreten:

Name*

Vorname*

Straße*

PLZ/Ort*

Tel.-Nr. *

Email

Jährlicher Mindestmitgliedsbeitrag: 25 €

Hiermit erteile ich widerruflich die Ermächtigung, den Mitgliedsbeitrag von
€* Pro Jahr von meinem/unserelem Konto abzubuchen.

Konto-Inhaber *

IBAN *

BIC*

Geldinstitut*

Datum, Unterschrift