



Kraniopharyngeom-Gruppe

Die Selbsthilfegruppe
von Betroffenen - für Betroffene

Unsere Anschrift

Kraniopharyngeom-Gruppe
c/o Deutsche Kinderkrebsstiftung
Adenauerallee 134

oder per Telefax: 0228/68846-44

53113 Bonn

Einzugsermächtigung

Mitglieds- / Zahlungsdaten:

- Familienmitgliedschaft (1 Stimme)
 Einzelmitgliedschaft (1 Stimme)

Name, Vorname
des Mitglieds

Kontoinhaber
(falls abweichend)

Straße und
Hausnummer:

PLZ, Wohnort,
ggf. auch Land:

Telefon, Handy:

E-Mail :

Mein Jahresbeitrag

Der Beitrag für Familienmitgliedschaften oder Einzelmitglieder beträgt 12 €. Er kann aber bis auf Widerruf auch von Ihnen erhöht werden. Sie würden damit die Gruppenarbeit fördern.

Ich zahle Euro im Jahr.

Der Beitrag wird für jedes angefangene Jahr der Mitgliedschaft erhoben (Ausnahme: Beitritt erst nach dem Treffen der Gruppe im September) und wird in der Regel im Mai jedes Jahres eingezogen.

KTO:

BLZ:

Bank:

Hiermit ermächtige ich die Deutsche Kinderkrebsstiftung den jährlichen Mitgliedsbeitrag für die Kraniopharyngeom-Gruppe von meinem Konto einzuziehen.

Ort, : _____
Datum: _____

Unterschrift: _____
Kontoinhaber: _____

Mitgliedsbeiträge und Spenden sind steuerlich absetzbar.

Postadresse:

Kraniopharyngeom-Gruppe
c/o Deutsche Kinderkrebsstiftung
Adenauerallee 134
53113 Bonn

Bankverbindung:

Deutsche Kinderkrebsstiftung
Kontonummer.: 555 666 00
Bankleitzahl: 370 800 40
Commerzbank vormals Dresdner Bank
Zweck: **Kraniopharyngeom-Gruppe**

E-Mail:

Info@kraniopharyngeom.de

Internet:

www.kraniopharyngeom.de

Ansprechpartner:

www.kraniopharyngeom.de