

## BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als Mitglied in der Hessischen Krebsgesellschaft e.V.

---

Name, Geb.-Datum

---

Straße, PLZ, Ort

---

Institution (Firma)

---

E-Mail-Adresse

Privatperson:

Jahresbeitrag mindestens 50 Euro. (Wir sind dankbar für mehr: Jahresbeitrag \_\_\_\_\_ Euro)

Firma, Organisation:

Jahresbeitrag mindestens 500 Euro. (Wir sind dankbar für mehr: Jahresbeitrag \_\_\_\_\_ Euro)

---

**Datum, Unterschrift**

Ich zahle den Jahresbeitrag per Überweisung

Bitte buchen Sie den Jahresbeitrag von meinem Konto ab

**Erteilung SEPA-Lastschriftmandat:**

---

Name des Kontoinhabers

---

Straße, PLZ, Ort (nur bei Abweichungen zu oben)

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit von meinem/unserem Konto durch Lastschrift einzuziehen.

---

IBAN:

---

BIC:

Bank:

---

**Datum, Unterschrift**

Ich habe folgende Kündigungs-/Rücktrittsmöglichkeit:

Die Mitgliedschaft kann durch schriftliche Austrittserklärung an den Vorstand zum Ende des laufenden Kalenderjahres gekündigt werden.

**Hessische Krebsgesellschaft e.V.**

Schwarzburgstraße 10  
60318 Frankfurt  
Tel.: 069 / 21 99 08 87  
Fax: 069 / 21 99 66 33

**Konto:**

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG, Kassel  
IBAN: DE55 3006 0601 0002 8549 45  
BIC: DAAEDEDXXX  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE88ZZZ00000477274