

## Mitgliedserklärung

Kai Lübbe Förderverein e.V.

*Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein Kai Lübbe Förderverein e.V.*

### Mitgliedsdaten:

**Vorname:**.....

**Nachname:**.....

**Straße und Hausnummer:**.....

**PLZ und Wohnort:**.....

**Geburtsdatum:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Telefon Festnetz:**.....

**Telefon Mobil:**.....

**E-Mail:**.....

### Bankverbindung des Vereins Kai Lübbe Förderverein e.V.

Der Mindestbeitrag beträgt 60 € pro Jahr

Bitte überweisen Sie den Mitgliedsbeitrag auf folgendes Konto:

Kreditinstitut: Stadtparkasse Remscheid

Kontoinhaber: Kai Lübbe Förderverein e.V.

Verwendungszweck: Krebsforschung

IBAN: DE81 3405 0000 0011 0142 71

BIC: WELADEDXXX

### Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den Verein Kai Lübbe Förderverein e.V. bis auf Widerruf, den von mir oben genannten Betrag bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

**Kreditinstitut:**.....

**Kontoinhaber:**.....

**IBAN:**.....

**BIC:**.....

Ort, Datum:.....

Unterschrift:.....