

Antrag auf Mitgliedschaft

Krebsverband Baden-Württemberg e.V.
Adalbert-Stifter-Straße 105
70437 Stuttgart

Fax: 0711 848-10779

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als Mitglied in den Krebsverband Baden-Württemberg e.V.

Name _____

Vorname _____

Straße _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

Fax _____

E-Mail _____

Mein Mitgliedsbeitrag beträgt _____ EURO und wird jährlich von mir auf das
Konto des Krebsverbandes Baden-Württemberg e.V. überwiesen:

Landesbank Baden-Württemberg
BLZ: 600 501 01
Kto.-Nr. 1 013 900

Ich bitte um eine Beitragsbestätigung nach Eingang meines Mitgliedsbeitrages.

ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zwecks Mitgliederverwaltung gespeichert
werden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)