

Schleswig-Holsteinische Krebsgesellschaft e.V.
Alter Markt 1-2
24103 Kiel

Tel. 0431/800 10 80
Fax. 0431/800 10 89

info@krebsgesellschaft-sh.de
www.krebsgesellschaft-sh.de

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Antragssteller

Institution: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Beruf: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Mitgliedsbeitrag

- € 20,00 jährlich (Mindestsumme Privatperson)
- € 60,00 jährlich (Mindestsumme Institutionen)
- € _____ jährlich (frei gewählte Beitragssumme)

Der Mitgliedsbeitrag ist steuerlich ansetzbar.

Zahlung

Hiermit beantrage ich /unsere Institution die Aufnahme als Mitglied der Schleswig-Holsteinischen Krebsgesellschaft e.V. in Kiel. Den jeweiligen Jahresbetrag

- bitte ich bis auf Widerruf per Lastschrift von meinem Konto abzubuchen:

Kto: _____

Blz: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Bank/Ort: _____

Ort und Datum

Unterschrift Antragssteller/in