

Beitrittserklärung

Name Vorname

Straße

PLZ/Ort

Telefon Geburtsdatum

Email-Adresse

Betroffener Art der Erkrankung _____

Angehöriger/Freund/Förderer

Ich möchte die LHA mit folgendem jährlichen Beitrag unterstützen.

12,- € 18,- € 24,- €

Oder ein Jahresbeitrag Ihrer Wahl: _____ € Überweisung

Abbuchung (aus organisatorischen Gründen bevorzugt)

Bank

Bankleitzahl / IBAN-Nr.

Kontonummer / BIC-Nr.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung der Leukämie-Selbsthilfe
Aschaffenburg (LHA) an und bestätige meinen Beitritt.

Datum Unterschrift