



**An die  
Sternschnuppe-Kinderkrebshilfe Lengerich e.V.  
Stettiner Straße 2  
49525 Lengerich**

### **Beitrittserklärung**

Hiermit trete ich dem Verein

„Sternschnuppe-Kinderkrebshilfe Lengerich e.V.“ bei.

**Name:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ, Wohnort:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

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

Der Mitgliedsbeitrag beträgt für Erwachsene mindestens 12,00 € pro Jahr; für Kinder und Jugendliche mindestens 6,00 €

Mein Mitgliedbeitrag soll \_\_\_\_\_ € (bitte Betrag eintragen) betragen.

Hiermit ermächtige ich den Verein, den Beitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

**Kontonummer:** \_\_\_\_\_

**Bank:** \_\_\_\_\_

**Bankleitzahl:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**

(bei Kindern und Jugendlichen  
zusätzlich Unterschrift der Eltern)