



Beitrittserklärung

Ich möchte Mitglied im ONW werden.

Jahresbeitrag

Einzelmitgliedschaft EUR 50.–

Institutionen / Korporative Einrichtungen EUR 100.–

Um die Ziele des ONW zu unterstützen, spende ich einmalig monatlich jährlich _____ EUR

Name, Vorname

Strasse, Postleitzahl, Ort

Datum, Unterschrift

▶ Bitte füllen Sie das SEPA-Lastschriftmandat auf der 2. Seite aus.

▶ Wie sind Sie erreichbar für Informationen und Einladungen des **ONW**? (Freiwillige Angaben)

Telefon

Fax

E-Mail

sonstige Angaben

ONW
ONKOLOGISCHES NETZWERK WENDLAND E.V.
Lauben 2

29451 Dannenberg/Elbe

SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers: Onkologisches Netzwerk Wendland e.V.
Anschrift des Zahlungsempfängers: Lauben 2, D-29451 Dannenberg/Elbe, Deutschland
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE69ONW00000377512

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): _____

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: Land: _____

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen): _____

BIC (8 oder 11 Stellen): _____

Ort, Datum (TT/MM/JJJJ): _____

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen
(Kontoinhaber): _____