

**SIE KÖNNEN UNS HELFEN – WERDEN SIE MITGLIED**  
**Jedes Mitglied stärkt unsere Initiative**  
**Über Ihre Beitrittserklärung würden wir uns freuen!**

---

Elternhilfe für krebskranke Kinder Leipzig e.V.  
04103 Leipzig / Philipp-Rosenthal-Str. 21  
Telefon: 0341/2252419  
Fax: 0341/2251598

---

Name, Vorname

---

Anschrift

---

Telefon / Fax

E-Mail

Ich möchte ab ..... Mitglied der Elternhilfe für krebskranke Kinder Leipzig e.V. werden.

- Ich möchte als aktives Mitglied den Verein neben meinem Mitgliedsbeitrag auch ehrenamtlich bei bestimmten Anlässen unterstützen.

Den Jahresbeitrag von ..... EUR ( Mindestbeitrag 15 EUR/Jahr )

werde ich jährlich bis zum 30.06. überweisen.

Der über den Mindestbeitrag hinausgehende Betrag kann als Spende bescheinigt werden.

---

Ort

Datum

Unterschrift