

Durch Ihre Mitgliedschaft unterstützen Sie unsere Arbeit!

Senden Sie uns dazu einfach das rückseitige Formular ausgefüllt an folgende Adresse:

Dehrner Krebsnothilfe
Verein zur Hilfe bei
Krebserkrankungen e.V.
Fischmarkt 18-19
65549 Limburg

Wir freuen uns über jede Wertschätzung:

- Ihr Interesse an unserer Arbeit,
- eine **Spende** (steuerlich absetzbar),
- eine **Mitgliedschaft** (monatlich mind. 2,- Euro),
- eine **ehrenamtliche Mitarbeit** (individuell planbar).

**Ein Prozent Hilfe ist mehr als
hundert Prozent Mitleid.**

Phil Bosmans

Unsere Kontaktstelle in der Limburger Altstadt

Fischmarkt 18-19, 65549 Limburg

✉ kontakt@dknh.de

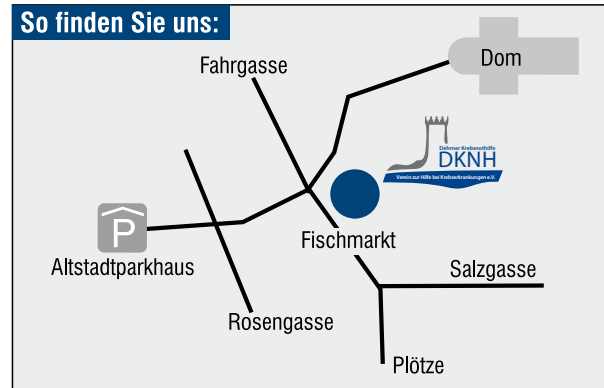
Während der Öffnungszeiten:

☎ 0 64 31 - 590 466

Öffnungszeiten

Dienstags von 11.00 Uhr bis 13.00 Uhr

Samstags von 11.00 Uhr bis 13.00 Uhr



Bankverbindungen

Kreissparkasse Limburg

IBAN DE79 5115 0018 0010 0024 59

Nassauische Sparkasse

IBAN DE11 5105 0015 0527 0114 50



Einfach da,
wenn man
uns braucht!

Die Dehrner Krebsnothilfe e.V.

wurde 1995 anlässlich des frühen Todes des in Dehrn wohnhaften und an Krebs erkrankten David Menne gegründet. Wir sind als gemeinnützig anerkannt. Unser soziales Engagement wurde bereits vielfach gewürdigt.



www.dknh.de

Täglich für Sie erreichbar:

☎ 06431 - 973914



Einfach da, wenn man uns braucht!

persönlich

In unserer Kontakt- und Informationsstelle
Fischmarkt 18-19, 65549 Limburg
(Nähe Altstadtparkhaus Richtung Dom)

Öffnungszeiten:

Dienstags von 11.00 bis 13.00 Uhr
Samstags von 11.00 bis 13.00 Uhr oder
nach vorheriger telefonischer Vereinbarung
Telefonnummer (während der Öffnungszeiten):

☎ 06431 - 590 466

telefonisch

7 Tage in der Woche - 365 Tage im Jahr!

☎ 06431 - 973 914

Sollten Sie uns einmal nicht persönlich
erreichen, rufen wir Sie in der Regel am
gleichen Tag zurück.

online

✉ kontakt@dknh.de

www.dehrner-krebsnothilfe.de

oder ganz einfach unter:

www.dknh.de

**Wir behandeln Ihr Anliegen
selbstverständlich vertraulich.
Darauf haben Sie unser Wort!**

- Wir leisten zeitnahe Hilfestellung bei der
Verarbeitung von Krebserkrankungen:
 - Wir ermöglichen psychoonkologische Erst-
betreuung durch erfahrene Therapeuten.
 - Wir bieten Angebote wie Mal-, Tanz-,
Sport- oder Entspannungstherapie.
 - Wir gewähren unbürokratisch finanzielle
Unterstützung in durch Krebs entstandenen
Notfällen.
 - Wir unterstützen Sie im Umgang mit
Behörden und bei Schriftverkehr,
beim Ausfüllen von Formularen, etc.
- Wir sind Teil eines starken Netzwerks durch
enge Kooperation mit verschiedenen Einrich-
tungen, Institutionen, Selbsthilfegruppen,
Therapeuten, etc.
- Wir fördern Prävention und Information durch
Öffentlichkeitsarbeit und Veranstaltungen.
- Wir sorgen dafür, dass die uns anvertrauten
Mitgliedsbeiträge und Spenden dort ankom-
men, wo sie wirklich gebraucht werden.

**Wir arbeiten absolut ehrenamtlich.
Unsere Hilfe ist unabhängig von einer
Mitgliedschaft. Trotzdem freut es uns,
wenn Sie unsere Arbeit im Rahmen Ihrer
Möglichkeiten unterstützen.**

BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich möchte Mitglied der „Dehrner Krebsnothilfe -
Verein zur Hilfe bei Krebserkrankungen e.V.“ werden.

Familienname, Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Telefonnummer

Geb.-Datum

E-Mail-Adresse

Beruf (freiwillige Angabe)

Monatsbeitrag

Euro Der Mindestbeitrag beträgt € 2,00 im Monat. Über geleistete
Zahlungen wird jährlich eine Bescheinigung zugesandt.

Beitrittsdatum

Unterschrift

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Hiermit ermächtige ich die Dehrner Krebsnothilfe e.V. Beiträge im Rahmen der o.g.
Mitgliedschaft mittels Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut
an, die von der Dehrner Krebsnothilfe e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften
einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Er-
stattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut
vereinbarten Bedingungen. Es wird eine Frist der Vorabankündigung von SEPA-Lastscrif-
ten von 2 Tagen vereinbart.

Name des Kreditinstituts

Name des Kontoinhabers (nur wenn abweichend vom Mitglied)

PLZ und Ort (nur wenn abweichend vom Mitglied)

IBAN

**Ich bin mit dem jährlichen Einzug des oben genannten Beitrags von mei-
nem Konto einverstanden.**

Ort, Datum

Unterschrift

Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer lautet: DE25ZZZ00000452024.
Ihre Mandatsreferenznummer entspricht der Mitgliedsnummer, die wir
Ihnen (dem Mitglied) in geeigneter Form zeitnah mitteilen.

Bitte abschneiden, ausfüllen und im Briefumschlag an die umseitige Adresse senden!

