Antrag auf Aufnahme

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme in den
Förderverein Kinderklinik e.V.

❑ Bitte schicken Sie mir eine Satzung zu.

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Mitgliedsbeitrag monatlich: Erwachsene EUR ____
Schüler und Azubis EUR ____

❑ Den Beitrag bitte ich abzubuchen von folgendem Konto:

Kto.-Nr.: _____

BLZ: _____

Name der Bank: _____

Kontoinhaber: _____

❑ Mit der jährlichen Abbuchung des Mitgliedsbeitrages jeweils zum 1. Januar bin ich einverstanden.

❑ Mit der Abbuchung des Mitgliedsbeitrages bin ich nicht einverstanden. Ich werde den Betrag jeweils bei Fälligkeit zum 1. Januar überweisen.

_____

Ort/Datum Unterschrift