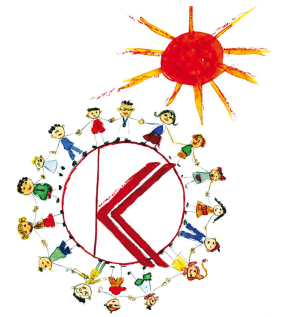


Gemeinnütziger Förderverein Kinderklinik Lüdenscheid e.V.



Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage(n) ich/wir

Name, Vorname: _____

Straße, PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____ - _____ Fax: _____ - _____ e-mail: _____

Geburtsdatum: _____, _____, _____

die Mitgliedschaft im

Gemeinnützigen Förderverein Kinderklinik Lüdenscheid e.V.

Die Mitgliedschaft beginnt am: _____, _____, _____

Ich/wir entscheide(n) mich/uns für einen Jahresbeitrag in Höhe von: _____, _____ €
(Jahresbeitrag ab 30,00 €)

Den Gemeinnützigen Förderverein Kinderklinik Lüdenscheid e.V. ermächtige(n) ich/wir widerruflich
meinen/unseren Mitgliedsbeitrag zu Lasten des

Kontos Nr.: _____ BLZ _____

bei der: _____

im April jeden Jahres durch Lastschrift abzubuchen.

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden
Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

Ort Datum

Unterschrift

Bitte an die Schatzmeisterin senden

Vorsitzender:

Marcel Muth
Rotmilanweg 17
58849 Herscheid

Schatzmeisterin

Christina Rosenfeldt
Oenekinger Weg 74
58509 Lüdenscheid

Spendenkonto:

Gem. Förderverein Kinderklinik Lüd. e.V.
Sparkasse Lüdenscheid
IBAN: DE 09 458500050000120501
BIC: WELADED 1 LSD