

Per Post oder Fax 03338 908038



Förderkreis Kindernachsorgeklinik e. V.  
Bussardweg 1  
16321 Bernau-Waldsiedlung

## Antrag auf Mitgliedschaft im Förderkreis Kindernachsorgeklinik e. V.



Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

**mit einem Jahresbeitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro**  
(Der Mindestbeitrag beträgt 60,- Euro)

Hiermit ermächtige ich den Förderkreis Kindernachsorgeklinik e. V. den von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag bis auf Widerruf von folgendem Konto per Lastschrift einzuziehen:

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

(falls abweichend vom Antragssteller)

Kontonummer \_\_\_\_\_

Bankleitzahl \_\_\_\_\_

Bankinstitut \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_



*Helpen Sie mit!*

