

*Förderverein der Klinik für Kinder-
und Jugendmedizinen in der DIAKO Flensburg e.V.*
www.Förderverein-Kinderklinik.de

An den Förderverein der Klinik für Kinder-
und Jugendmedizinen in der DIAKO Flensburg e.V.

Ingeburg Lienkamp, 1.Vorsitzende

Thomas-Mann-Str.9

24937 Flensburg

Tel.: 0461-9041212

Antrag auf Mitgliedschaft

Ich

.....
Vorname

.....
Nachname

.....
Straße und Hausnummer

.....
Postleitzahl

.....
Wohnort

beantrage die Mitgliedschaft im Förderverein der Klinik für Kinder- und Jugendmedizinen
in der DIAKO Flensburg e.V.

Den Jahresbeitrag in Höhe von Euro (Mindestbeitrag 10 Euro)
überweise ich jährlich bis zum 30. Juni auf das Vereinskonto bei der Deutschen Bank
Flensburg.

IBAN: DE 04 2157 0024 0424 1139 00
BIC: DEUTDEDB215

Die Mitgliedschaft gilt für ein Kalenderjahr und verlängert sich automatisch, wenn nicht 3
Monate vor Jahresende eine schriftliche Kündigung erklärt wird.

Die Vereinssatzung ist über die Homepage www.förderverein-kinderklinik.de abrufbar.

() Ich werde / Wir werden eine Spende auf obiges Konto überweisen.

() Um eine Spendenbescheinigung wird gebeten.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift