

Antrag auf Mitgliedschaft im

Förderverein der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin in der DIAKO Flensburg e.V.

An den Förderverein der Klinik für Kinder- und
Jugendmedizin in der DIAKO Flensburg e.V.
z.Hd. Kathrin Zinnendorf (1. Vorsitzende)
Schulgarten 5

24991 Freienwill



Entweder nachfolgend den ausgefüllten Antrag in Papierform an obige Adresse senden oder ganz bequem
ONLINE auf unserer Internetseite mittels QR-Code oder Link www.förderverein-kinderklinik.de ausfüllen!

.....
Vorname

.....
Nachname

.....
Straße und Hausnummer

.....
Postleitzahl

.....
Wohnort

.....
E-Mail

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

Einen Jahresbeitrag in Höhe von mindestens 10 Euro überweise ich jährlich bis zum 30. Juni auf das Vereinskonto
bei der VR Bank Nord eG. **IBAN: DE76 2176 3542 0001 3408 67** **BIC: GENODEF1BDS**

alternativ

erteile ich umseitig ein SEPA-Lastschriftmandat zwecks automatisiertem Bankeinzug.

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.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift

Ich willige in die Speicherung und Verarbeitung meiner im Vorfeld benannten personenbezogenen Daten
ausschließlich zu vereinsinternen Zwecken ein. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit ohne
Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen kann.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift

SEPA Lastschriftmandat

wiederkehrende Lastschrift

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE24ZZZ00002638131

Mandatsreferenz: Mitgliedsbeitrag

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Förderverein der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin in der DIAKO Flensburg e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Förderverein der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin in der DIAKO Flensburg e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name (Kontoinhaber)

Vorname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Datum, Ort und Unterschrift