



Förderverein für die Kinderabteilung
des St.-Antonius-Hospitals e.V.
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Albersallee 5-7
47533 Kleve

**Förderverein für die Kinderabteilung
des St.-Antonius-Hospitals e.V.**
Klinik für Kinder- u. Jugendmedizin
Albersallee 5-7 · 47533 Kleve
info@foerderverein-kinderklinik-kleve.de

Sparkasse Rhein-Maas
IBAN: DE12 3245 0000 0005 2666 55
BIC: WELADED1KLE

Volksbank Kleverland
IBAN: DE59 3246 0422 1805 7580 11
BIC: GENODED1KLL

Antrag Fördermitglied

Ja, ich möchte mit einem Jahresbeitrag von 15,- € Mitglied werden im Förderverein für die Kinderabteilung des St.-Antonius-Hospitals Kleve e.V.

Frau Herr Firma

Nachname / Firma*

Vorname* / Firma (weitere Bezeichnung)

Titel / Branche

Geburtsdatum*

Postleitzahl* Ort*

Straße und Hausnummer*

Telefon* Telefax

E-Mail*

Datum* Unterschrift*

* Pflichtfelder

Spende

_____ € jährlich _____ € einmalig

Ihr Jahresbeitrag und Ihre Spenden sind steuerlich absetzbar.
Eine Spendenbescheinigung zur Vorlage beim Finanzamt erhalten
Sie von uns unaufgefordert ab einer Spende von 200 Euro.

Ich ermächtige den Förderverein für die Kinderabteilung des St.-Antonius-Hospitals Kleve e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein für die Kinderabteilung des St.-Antonius-Hospitals Kleve 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 die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Gläubiger-ID: DE32FKA00000480998 –

Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

IBAN

BIC

Name des Kontoinhabers

Datum* Unterschrift*

Die Daten werden während der Vereinsmitgliedschaft auf elektronischen Datenträgern gespeichert.