



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  
Telefon 02821 490-2300  
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 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

## Jahresbeitrag

15 €  20 €  50 €  \_\_\_\_ €

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 Kredit-  
institut 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 elektroni-  
schen Datenträgern gespeichert.