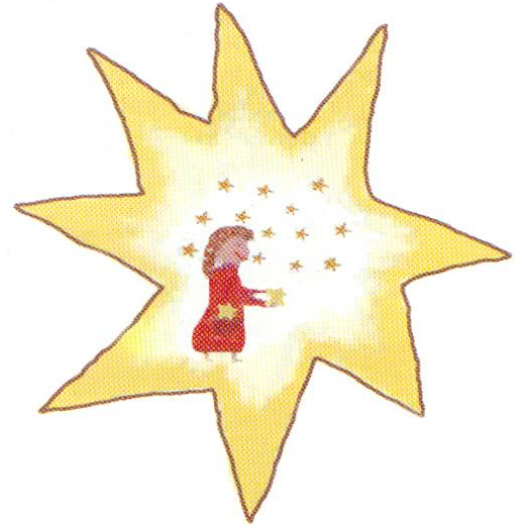


Sterntaler

Förderverein der Kinderklinik Emden e.V.



Bitte ausreichend frankieren

**Sterntaler –
Förderverein der Kinderklinik Emden e.V.
c/o Klinikum Emden gGmbH
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Bolardusstr. 20
26721 Emden**

Ja, ich werde Mitglied im Förderverein der Kinderklinik Emden e.V.

Name, Vorname : _____

Straße: _____

Postleitzahl/Ort : _____

Telefonnummer: _____ Telefaxnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Ich/Wir ermächtige/n den Sterntaler – Förderverein der Kinderklinik Emden e.V.

(Gläubiger-Identifikationsnummer DE95ZZZ00000570947)

den jährlichen **Mitgliedsbeitrag** in Höhe von _____ € (Mindestens 6 € pro Jahr)
im Rahmen einer jährlich wiederkehrenden Zahlung von meinem/unserem Konto mit der
IBAN-Nummer _____ (BIC _____)
mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein/wir unser Kreditinstitut an, die von Sterntaler –Förderverein der
Kinderklinik Emden e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen beginnend mit dem Belegdatum,
die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem/unserem
Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Datum Unterschrift