

ANTRAG FÖRDERMITGLIEDSCHAFT



Ich möchte die Arbeit des gemeinnützig anerkannten Vereins Kinderklinikkonzerte e.V.**
ab . . . als Fördermitglied unterstützen.

Meine Daten

Vorname*

Straße / Hausnummer*

Name*

PLZ*

Wohnort*

Firma

E-Mail*

Geburtsdatum*

Telefon

Ich beantrage eine

Einzelmitgliedschaft über . . . ,00 Euro /Jahr
(Mindestbeitrag 36,00 Euro/Jahr)

Firmenmitgliedschaft über . . . ,00 Euro /Jahr
(Mindestbeitrag 100,00 Euro/Jahr)

Ich möchte anteilig
monatlich vierteljährlich halbjährlich
(bei Bedarf bitte ankreuzen) überweisen.

Bitte stellen Sie mir zu Beginn des Folgejahres
eine Sammelbestätigung über meine geleisteten
Zuwendungen aus.

Mit diesem Antrag erkenne ich die **Satzung**** des
Kinderklinikkonzerte e.V. an.

Datum

Ort

Unterschrift

(bei Minderjährigen Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters)

Wir freuen uns sehr über Ihren Antrag.
Jede abgeschlossene Fördermitgliedschaft hilft dabei
weitere Kinderklinikkonzerte zu ermöglichen.

** Mehr Informationen auf www.kinderklinikkonzerte.de
Kinderklinikkonzerte e. V. | An der Enckekaserne 124 | 39110 Magdeburg

Sie können ein SEPA-Lastschriftmandat einrichten und
Mitgliedsbeiträge bequem abbuchen lassen. Mitglieds-
beiträge werden zum 30.03. des Jahres eingezogen.
**Ich ermächtige Sie widerruflich meine Beiträge für den
Kinderklinikkonzerte e.V. bei Fälligkeit zu Lasten
meines Kontos durch Lastschrift einzuziehen.**

**Hinweis: Das SEPA Lastschriftmandat kann nur bei jährlicher
Abbuchung eingerichtet werden.**

Name des Kontoinhabers

IBAN

BIC

Datum

Ort

Unterschrift

Unsere Bankverbindung:

Stadtsparkasse Magdeburg | IBAN DE68 8105 3272 0641
0301 93 | BIC-/SWIFT-Code: NOLADE21MDG

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE31ZZZ00001995962

*Datenschutz: Die angegebenen Daten werden ausschließlich für die Kommuni-
kation im Rahmen der Vereinsarbeit zwischen Ihnen und dem Verein verwen-
det und keinem Dritten zugänglich gemacht.*