



Klinik - Clowns Lübeck e.V.

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck
Ratzeburger Allee 160
23562 Lübeck
Tel.: 0171.6419917

Beitrittserklärung

Ich trete hiermit als Mitglied dem Verein „Klinik-Clowns Lübeck e.V.“ bei.

Name : Geb. :

Vorname :

Straße : Tel.

PLZ : Wohnort :

Email :

Ich bin bereit die Arbeit des Vereins „ Klinik-Clowns Lübeck e.V.“ durch einen finanziellen Beitrag in Höhe von € jährlich zu fördern.

Gewünschte Zahlungsart: Bankeinzug Überweisung auf das
Vereinskonto 168 168 11 bei
Volksbank Lübeck, BLZ 230 901 42

.....
(Datum) (Unterschrift)

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschrift

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen wegen Mitgliedsbeitrages

€ jährlich zum (Datum)
zu Lasten meines unten stehenden Kontos einzuziehen.

Kontoinhaber :
Bankinstitut :
Bankleitzahl :
Konto-Nummer :

.....
(Datum) (Unterschrift)