



Kinderlachen

Verein zur Förderung des

SPZ am Carl-Thiem-Klinikum gGmbH - Thiemstr.111 - 03048 Cottbus

Sozialpädiatrischen Zentrums Cottbus e.V.

**Antrag auf Mitgliedschaft im Verein
„Kinderlachen-
Verein zur Förderung des Sozialpädiatrischen Zentrums Cottbus e.V.“**

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ/ Wohnort:

Telefon:

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als

⇒ **ordentliches Mitglied***

Ich erkenne die mir bekannte Satzung des Vereins an. Der Mitgliedsbeitrag beträgt mindestens 20€ pro Jahr und wird als Jahresbeitrag im Monat März des Kalenderjahres per Einzugsermächtigung (**s. Seite 2**) abgebucht.

Ich zahle jährlich folgenden Mitgliedsbeitrag:

⇒ **förderndes Mitglied***

Ich erkenne die mir bekannte Satzung des Vereins an und möchte den Verein mit folgenden Maßnahmen fördern:

* zutreffendes bitte ankreuzen und entsprechend ausfüllen

Datum:

Unterschrift:

Postadresse:
SPZ am Carl-Thiem-Klinikum gGmbH
Thiemstr. 111 - 03048 Cottbus

Telefon:
(0355) 46 31 59

Bankverbindung: Sparkasse Spree-Neiße
IBAN: DE82180500003302112822
BIC: WELADED1CBN



Kinderlachen

Verein zur Förderung des

SPZ am Carl-Thiem-Klinikum gGmbH - Thiemstr.111 - 03048 Cottbus

Sozialpädiatrischen Zentrums Cottbus e.V.

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich (Name, Vorname) _____
den „Förderverein Kinderlachen – Verein zur Förderung des Sozialpädiatrischen Zentrums Cottbus e. V.“
fällige Mitgliedsbeiträge in Höhe von _____ € einmal jährlich einzuziehen:

Name und Sitz des Kreditinstituts _____

IBAN _____

BIC _____

Kontoinhaber/ in _____

Die Einzugsermächtigung ist bis zu meinem Widerruf gültig.

(Ort, Datum, Unterschrift Kontoinhaber)