

Flügel Schlag für das neurologisch kranke Kind e.V.

c/o Sekretariat SPZ, Kinderklinik
Universitätsklinikum, Robert Koch-Str. 40
37075 Göttingen

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein:

Flügel Schlag für das neurologisch kranke Kind e.V.

Ich setze meinen Beitrag auf _____ € (jährlich) fest.
(Mindestbeitrag 30,- € pro Jahr, jeweils fällig am 31.1. eines jeden Jahres)

Einmalige Spende

Ich spende einmalig einen Betrag von _____ € zugunsten des Vereins
Flügel Schlag für das neurologisch kranke Kind e.V.

Ort, Datum, Unterschrift

Kontoverbindung von Flügel Schlag

Sparkasse Göttingen: IBAN DE37260500010005706312 BIC: NOLADE21GOE

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, den Mitgliedsbeitrag für „Flügel Schlag für das neurologisch kranke Kind e.V.“

bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos

IBAN: _____

bei Kreditinstitut: _____

durch SEPA-Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein/unsere Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum, Unterschrift

Bei Spenden über 100,- € erhalten Sie automatisch eine Spendenbescheinigung.
Darunter gilt der Abbuchungsbeleg als Spendenbescheinigung.

Name: _____ Vorname: _____

Firma/Verein/Institution: _____

Straße, Nr: _____ PLZ/Ort: _____

Tel. dienstlich: _____ Tel. privat: _____