

**Verein der Freunde und Förderer  
der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am EVK Hamm e.V.**

Marie-Christine Ostermann  
1. Vorsitzende  
Hellweg 33  
59063 Hamm

**Verein der Freunde und Förderer  
der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am EVK Hamm e.V.**

Hellweg 33, 59063 Hamm

Telefon: 02381/588-0

info@foerdervereinkinderklinikhamm.de

**ANTRAG FÖRDERMITGLIED**

Die Aufgaben des Vereins der Freunde und Förderer der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am EVK Hamm e.V. möchte ich als förderndes Mitglied unterstützen.

\_\_\_\_ Frau      \_\_\_\_ Herr      \_\_\_\_ Firma

\_\_\_\_\_  
Familiename / Firma

\_\_\_\_\_  
Vorname / Firma (weitere Bezeichnung)

\_\_\_\_\_  
Titel / Branche

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl      \_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Telefon      \_\_\_\_  
Telefax

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Datum      \_\_\_\_  
Unterschrift

**JAHRESBEITRAG**

mindestens 25 Euro

\_\_\_\_\_,00 € Freiwilliger Jahresbeitrag

Zahlungsweise

\_\_\_\_ jährlich      \_\_\_\_ halbjährlich      \_\_\_\_ pro Quartal

**EINZUGSERMÄCHTIGUNG**

Ich ermächtige den Verein der Freunde und Förderer der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am EVK Hamm e.V. die angegebenen Beträge von meinem Konto mit den folgenden Kontodaten mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein der Freunde und Förderer der Klinik für Kinder und Jugendmedizin am EVK Hamm e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
Name  
des Kontoinhabers

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
Bank

\_\_\_\_\_  
Unterschrift      \_\_\_\_  
Datum

Die fördernde Mitgliedschaft ist keine Mitgliedschaft im vereinsrechtlichen Sinne.  
Bitte den ausgefüllten Antrag an die o.g. Anschrift senden.