

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

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

## BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit trete ich dem Verein der Freunde und Förderer der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am EVK Hamm e.V. bei.

\_\_\_\_ Frau      \_\_\_\_ Herr

\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_  
E-Mail

Ich bin bereit, für die Aufgaben des Fördervereins einen jährlichen Betrag von mindestens 25,- Euro zu zahlen. Jeder Betrag über 25 Euro ist herzlich willkommen.

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

## 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.

\_\_\_\_ ,00 € Freiwilliger Jahresbeitrag (mindestens 25,- Euro)

\_\_\_\_  
Kontoinhaber

\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_  
Bank

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