



Förderkreis Kinderklinik **EBERSWALDE**

Ich möchte den *wolke* 17 Förderkreis Kinderklinik Eberswalde gern unterstützen.

Ich möchte aktiv im Förderkreis mitarbeiten.

Bitte laden Sie mich zu den Zusammenkünften ein.

Ich möchte Fördermitglied werden. Der Jahresbeitrag sind 60 €.

Diese werden per Lastschrift eingezogen. Tragen Sie dazu bitte Ihre Bankverbindung ein.

Ich möchte den Förderkreis mit einer einmaligen Spende in Höhe von

_____ € **unterstützen.** Tragen Sie dazu bitte Ihre Bankverbindung ein.

Name, Vorname / Firma

Geburtsdatum

Adresse

Telefon

Mail

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung und Ordnungen des Vereins **Partner für Gesundheit e.V.**, einsehbar unter www.barnimpilot.de an.

Ort, Datum

Unterschrift

Ich ermächtige den Förderkreis hiermit widerruflich, meinen Beitrag oder meine Spende einzuziehen:

Kontoinhaber

IBAN

BIC

Kreditinstitut

Ort, Datum

Unterschrift

wolke 17

**Förderkreis
Kinderklinik
EBERSWALDE**

c/o Partner für Gesundheit e.V. | 1. Vorsitzender René Hoffmann | Eisenbahnstraße 72 | 16225 Eberswalde

Telefon 0 33 34 - 69 22 30 | Mail info@foerderkreis-wolke17.de | www.foerderkreis-wolke17.de

Konto Partner für Gesundheit-wolke 17 | Sparkasse Barnim | IBAN DE59 1705 2000 0940 0742 22 | BIC WELADED1GZE

