

# Ja, ich werde Mitglied im Förderverein der Kinderklinik Rosenheim

Ich ermächtige Sie hiermit, den Jahresbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Diese Ermächtigung kann ich jederzeit widerrufen.

Der Mitgliedsbeitrag und Spenden können steuerlich geltend gemacht werden!

Ich unterstütze den Förderverein mit

dem Jahresbeitrag  
von 15,-- Euro

einem individuellen  
Beitrag in Höhe von  
\_\_\_\_\_ Euro

(Mindestbeitrag 15,- Euro/Jahr)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

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

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

\_\_\_\_\_  
Bankverbindung

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bitte füllen Sie die Rückseite aus und senden uns diesen Abschnitt  
in einem frankierten Fensterumschlag zu.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

An den  
Förderverein der Kinderklinik Rosenheim e. V.  
c/o Mihaela Hammer  
Panger Str. 35 A  
83026 Rosenheim