

KlinikSchulVerein Ulm e.V.

Steinhövelstr. 3
89075 Ulm

Beitrittserklärung (Bitte in Druckschrift ausfüllen)

Name, Vorname

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Geburtsdatum/Nationalität

Berufsbezeichnung

Telefon

E-Mail

Name/Ort der Bank

Kontonummer BLZ

Jedes Mitglied des KlinikSchulVereins ist verpflichtet, den satzungsgemäßen Beitrag von zurzeit 25,00 € zu entrichten und seine Zahlungen daraufhin regelmäßig zu überprüfen.

Mit meiner Unterschrift auf diesem Antrag erkenne ich die Satzung des KlinikSchulVereins an und ermächtige den KlinikSchulVerein zugleich widerruflich, den von mir zu leistenden Mitgliedsbeitrag jährlich von meinem Konto abzubuchen.

Ort/Datum

Unterschrift

Unser Spendenkonto:
Konto-Nr.: 2180306
Sparkasse Ulm
BLZ: 630 500 00