

# Aufnahmeantrag

(bitte ausdrucken)

**Bitte ausfüllen, ausdrucken und per Post an uns schicken:**

Freundeskreis der Kinderklinik Pforzheim Marienkäfer e.V.  
Birgit Helbig  
Kastanienweg 5  
75331 Engelsbrand

Ich beantrage hiermit die Aufnahme in den „Freundeskreis der Kinderklinik Pforzheim Marienkäfer e.V.“ und verpflichte mich zur jährlichen Beitragszahlung (per Lastschrift) von derzeit 25.- EURO.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Beruf

Straße

PLZ

Ort

Telefon

eMail

## Lastschriftinzug

Hiermit ermächtige ich Sie unwiderruflich, den jährlichen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto einzuziehen.

Konto-Nr.

Geldinstitut

BLZ

Kontoinhaber

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Kontoinhabers