

Freude schenken!



KLINIK-CLOWNS
Aachen e.V.

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein "Klinik-Clowns Aachen e.V." unter Berücksichtigung der Satzung in ihrer aktuellen Version.

Name: _____
Vorname: _____
Straße: _____
PLZ /Ort: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____
Datum: _____
Unterschrift: _____

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die Klinik-Clowns Aachen e.V. widerruflich, den von mir zu entrichtenden Jahresmitgliedsbeitrag - aktuell i.H.v. 36 Euro pro Jahr - mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

IBAN: _____
BIC: _____
Name Kontoinhaber _____
Name und Sitz der Bank: _____
Datum: _____
Unterschrift des Kontoinhabers: _____

Mitgliedsnummer: _____ (wird vom Verein ausgefüllt)