



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum
„Förderverein der Fachklinik Curt-von-Knobelsdorff-Haus e.V.“

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____

Der Jahresbeitrag beträgt mindestens 30,00 €. Eine Kündigung muss schriftlich gegenüber dem Vorstand erklärt werden; sie kann zu jedem beliebigen Termin erfolgen.

Ort, Datum

Unterschrift

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den „Förderverein des Curt-von-Knobelsdorff-Hauses e.V.“ bis auf Widerruf, den zu entrichtenden Jahresbeitrag in Höhe von _____ € zu Lasten meines Kontos einzuziehen.

Kontoinhaber/in _____

KontoNr.: _____ BLZ: _____

Name des Geldinstituts _____

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte ausgefüllt schicken oder faxen an:
„Förderverein der Fachklinik Curt-von-Knobelsdorff-Haus e.V.“
Hermannstraße 17, 42477 Radevormwald
Tel.: 02195-6720, Fax: 02195 672-199