

**Berliner Klinikclowns e.V.**  
Stuttgarter Straße 47, 12059 Berlin

**Antrag auf Fördermitgliedschaft**

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon.: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_ Ich möchte Fördermitglied bei den Berliner Klinikclowns e.V. werden mit einem Mindestbeitrag von 60 Euro im Jahr.

\_\_\_ Ich möchte Fördermitglied bei den Berliner Klinikclowns e.V. werden mit einem jährlichen Beitrag von \_\_\_\_\_ Euro.

\_\_\_ Ich möchte Fördermitglied bei den Berliner Klinikclowns e.V. werden, mit einem Beitrag von 30 Euro im Jahr aus sozialen Gründen.

Ich stimme dem Lastschriftverfahren zu. (Bitte füllen Sie hierzu auch das SEPA-Lastschriftmandat aus).

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Die Fördermitgliedschaft ist spendenabzugsfähig. Bei Beiträgen von bis zu 200 Euro gilt der Überweisungsbeleg/Kontoauszug als Spendenquittung.

**Hinweis zum Datenschutz**

Ich bin/Wir sind bis auf Widerruf damit einverstanden, dass meine/unsere personenbezogenen Daten elektronisch verarbeitet und gespeichert werden. Eine Weitergabe meiner/unsere Daten findet nicht statt.

Berliner Klinikclowns e.V.  
Stuttgarter Straße 47, 12059 Berlin

## Lastschriftverfahren

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE80ZZZ00002233506

Mandatsreferenz: Mitgliedsbeitrag

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Berliner Klinikclowns e.V., den Mitgliedsbeitrag jährlich von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Berliner Klinikclowns e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Kreditinstitut

DE  
IBAN

Datum, Ort

Unterschrift