

**Ich möchte beim DermaKIDS Förderverein e.V. Mitglied werden.**

- als Betroffener / Familienangehöriger von Betroffenen (Beitrag jährlich € 20.-)
  - ich selbst                                      Geburtsdatum \_\_\_\_\_                       EBS    EBJ    EBD
  - mein Kind  
     Name \_\_\_\_\_                      Geburtsdatum \_\_\_\_\_                       EBS    EBJ    EBD
  - mein Kind  
     Name \_\_\_\_\_                      Geburtsdatum \_\_\_\_\_                       EBS    EBJ    EBD
  
- als persönliches Mitglied (Beitrag jährlich € 35,-/ Ehepaare € 50,-)
- Rentner/in (Beitrag jährlich € 25,-/ Rentnerehepaar € 40,-)
- als Schüler/in, Auszubildende/r, Student/in, Arbeitslose/r,  
 Schwerbehinderte/r (Beitrag jährlich € 20,-)
- als Unternehmen/Organisation, Beitrag jährlich: \_\_\_\_\_ (mindestens 50€)

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

Unternehmen, Organisation \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon/Fax \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Datum/Unterschrift \_\_\_\_\_

**Abbuchungsermächtigung**

Hiermit ermächtige ich DermaKIDS Förderverein e.V. den Mitgliedsbeitrag per Lastschriftverfahren von meinem Konto, bis auf Widerruf, abzubuchen.

IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

Bankinstitut, Ort \_\_\_\_\_

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_

- ich habe meinen Mitgliedsbeitrag auf das unten benannte Beitragskonto überwiesen.
- bitte senden Sie mir eine Bestätigung für die Zahlung des Mitgliedbeitrages zu.

Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus und senden dieses postalisch an DermaKIDS Förderverein e.V..

