



Förderverein der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Arnsdorf e.V.

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich gemäß § 3 der Vereinssatzung die Mitgliedschaft zum „Förderverein der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Arnsdorf e. V.“

Name und Vorname

Geburtsdatum

Postleitzahl/ Ort

Straße, Hausnummer

(Telefon)

(E-Mail Adresse)

Die Mitgliedschaft wird durch Zustimmung des Vorstandes und Bestätigungsschreiben wirksam. Die Satzung erhalten Sie beim Vorstand.

Die Kontoverbindung des Fördervereins lautet: Förderverein der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Arnsdorf e. V., IBAN DE82 850 503 00 320 000 7094, BIC OSDDDE81XXX, Ostächsische Sparkasse Dresden.

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beiträge zum Förderverein (derzeit jährlich 12 €) bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen.

Kontonummer: _____ Bankleitzahl: _____

Kontoführendes Institut: _____ Kontoinhaber: _____

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des Kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Bei Nicht- Erteilung der Einzugsermächtigung verpflichte ich mich den Mitgliedsbeitrag eines Jahres jeweils bis zum 31. Januar auf das Vereinskonto einzuzahlen.

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Für internen Gebrauch –vom Kassenwart auszufüllen-

Eingangsdatum: _____

Mitgliedsnummer: _____

Förderverein der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Arnsdorf e. V.

Hufelandstraße 15
01477 Arnsdorf

Fon: 035200/26-2861
Fax: 035200/26-2862

Vorsitzende: Birgit Grahl
Stellv. Vorsitzende: Katrin Droßel
Kassenwart: Dorit Hoffmann

Bankverbindung
Ostächsische Sparkasse Dresden
IBAN DE8285050300320007094
BIC OSDDDE81XXX

St.Nr.: 213/143/12810K03

ET185