

FÖRDERMITGLIEDSCHAFT

♥-KLOPFEN E.V.



Ihre Unterstützung für herzkrankte Kinder und Jugendliche

HELFEN SIE MIT!

Werden Sie **Fördermitglied** – damit unterstützen Sie unsere Arbeit langfristig!

Durch Ihren Mitgliedsbeitrag sichern Sie unsere Arbeit und unterstützen den Verein bei all seinen Angeboten und Aktionen!

Nachname/Vorname: _____

Straße -Nr.: _____

PLZ – Ort: _____

Telefon: _____ mobil: _____

E-Mail: _____

Ich trete dem Verein HERZKLOPFEN bei als

ordentliches/aktives **Mitglied** - Beitrag 60,00 Euro/jährlich

Fördermitglied oder **zeitlich limitiertes Fördermitglied**

Jährliche Fördersumme bitte unten eintragen, Beitrag ab 60 Euro/jährlich.

_____ **Euro.** | **Laufzeit** _____ **Jahre.**

Der Jahresbeitrag soll vom Verein Herzklöpfen per Lastschrift jährlich von meinem Konto eingezogen werden.

IBAN: _____

BIC: _____ bei _____

Ort, Datum

Unterschrift: