

**Beitrittserklärung zum Förderverein
Kinderklinik und SPZ e.V.**



**Förderverein
Kinderklinik
und SPZ e.V.
Göppingen**

Aktive Mitgliedschaft

Fördermitgliedschaft

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

Wohnort

Telefon

E-Mail*

*nicht zwingend

Gleichzeitig erteile ich hiermit die Vollmacht zum Einzug des Jahresbetrages von:

Konto-Nr.

Bank

Bankleitzahl

Unterschrift des

Mitgliedes und

Kontoinhaber

Bitte um Zusendung der üblichen Unterlagen

Kontakt und Geschäftsstelle:

Dr. Dirk Richter

Klinik am Eichert

Förderverein Kinderklinik und SPZ e.V.

Postfach 660

73006 Göppingen

Tel. 07161 640

www.ki-foe.de

Bankverbindung

Förderverein Kinderklinik und SPZ e.V. Kreissparkasse Göppingen

BLZ 610 500 00 | Konto Nr. 15447531