

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Förderverein

KiJu Lüdenscheid e.V.

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ-Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

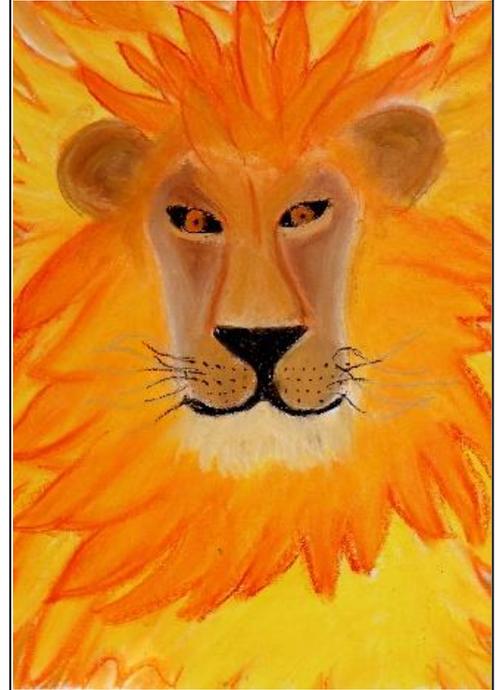
E-Mail: _____

KiJu Lüdenscheid e.V.

Gemeinnütziger Förderverein der Klinik
für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie e.V.

Vorstand

Fr. Ina Rosenbaum (Vorsitzende)
Hr. Aykut Aggöl (stv. Vorsitzender)
Hr. Thomas Müller (Schatzmeister)
Fr. Anne-Beate Baberg (Schriftführerin)



Der Jahresbeitrag beträgt zurzeit **30 Euro pro Person und Jahr** und ist für das ganze Jahr fällig, in dem der Beitritt erfolgt. Der Austritt kann jederzeit schriftlich an den Vorstand des Vereins erklärt werden. Die Mitgliedschaft erlischt zum Ende des Jahres, in dem der Austritt erklärt wird. Die aktuelle Satzung kann bei dem Vorsitzenden angefordert werden.

Datum, Ort

Unterschrift

KiJu Lüdenscheid e.V.

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Haus 4, Paulmannshöherstr. 14, 58515 Lüdenscheid

Telefon: 02351 46-3941 - Telefax: 02351 46-3963 – Email: praesident@kiju-lued.de

<https://www.maerkische-kliniken.de/klinikum-luedenscheid/kliniken-institute/klinik-fuer-kinder-und-jugendpsychiatrie/foerderverein.html>

KiJu Lüdenscheid e.V.
Einzugsermächtigung des Jahresbeitrages
- (SEPA-Lastschriftmandat)-

Gläubigeridentifikationsnummer DE 11 ZZZ 0000 1053288

Die Mandatsreferenz Nummer entspricht Ihrer Mitgliedernummer und wird Ihnen separat mitgeteilt.

Ich ermächtige hiermit KiJu Lüdenscheid e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut, die von KiJu Lüdenscheid e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belegdatum, die Erstattung des Betrages verlangen. Es gelten die Bedingungen meines Kreditinstitutes. Der Betrag soll innerhalb von 4 Wochen nach Eingang der Aufnahmeerklärung vom nachfolgenden Konto und im Folgejahr zum 30. März eingezogen werden:

Kontoinhaber	
IBAN	
BIC	
Kreditinstitut	

Datum, Ort

Unterschrift

KiJu Lüdenscheid e.V.

Klinik für Kinder-und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Haus 4, Paulmannshöherstr. 14, 58515 Lüdenscheid

Telefon: 02351 46-3941 - Telefax: 02351 46-3963 – Email: praesident@kiju-lued.de

<https://www.maerkische-kliniken.de/klinikum-luedenscheid/kliniken-institute/klinik-fuer-kinder-und-jugendpsychiatrie/foerderverein.html>