



Vorsitzende
Dr. Morsi Abdallah
c/o KIPP Märkische Kliniken GmbH
Haus 4/ Paulmannshöherstr. 14
58515 Lüdenschied
☎ 02351- 46-3941
☎ 02351- 46-3963
✉ praesident@kiju-lued.de

Vorstand
Viola Clement (stellvertr. Vorsitzender)
Benedikt Leubecher (Schatzmeister)
Anne-Beate Baberg (Schriftführerin)

Kassenprüfer:
Ulrich Baberg, Dr. Dorothee Dill

Sekretariat
Kommissarisch Dr. M. Abdallah
☎ 02351-463941 FAX 02351-463936
✉ info@kiju-lued.de

Internet: www.kiju-lued.de

AUFNAHME-ERKLÄRUNG

Hiermit beantrage die Aufnahme als Mitglied im Förderverein KiJU e.V.

Name, Titel	
Vorname	
Strasse	
PLZ, Wohnort	
Geburtsdatum	
Telefon/ Mobil	
eMail	

Der **Jahresbeitrag** beträgt zur Zeit **30,00 € pro Person und Jahr** und ist für das gesamte Jahr fällig, in dem der Eintritt erfolgt. Der Austritt kann jederzeit durch schriftliche Mitteilung an den Vorstand des Vereins erklärt werden. Die Mitgliedschaft erlischt mit Wirkung zum Ende des Jahres, in dem die Erklärung eingeht. Die aktuelle Vereinssatzung kann bei der Vorsitzenden eingesehen oder in Kopie angefordert werden.

Ort....., den.....
(Unterschrift)

Einzugsermächtigung des Jahresbeitrages (SEPA-Lastschriftmandat)

Gläubigeridentifikationsnummer DE11ZZZ00001053288

Die Mandatsreferenz-Nummer ist Ihre Mitgliedsnummer und wird Ihnen separat mitgeteilt

Ich ermächtige KiJu e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von KiJu e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Der Beitrag soll innerhalb von 4 Wochen nach Zugang der Aufnahme-Erklärung von dem nachfolgenden Konto und in den Folgejahren jeweils zum 30. März eines Jahres abgerufen werden:

Kontoinhaber	
IBAN	
BIC (8 oder 11 Stellen)	
Bank	
Ort, Datum	Unterschrift des Kontoinhabers