



Förderverein der Düsseldorfer Pneumologie und Schlafmedizin e.V.

An den
Förderverein der Düsseldorfer Pneumologie und Schlafmedizin e.V.
Alte Landstraße 72
40489 Düsseldorf
info@schlaflabor-duesseldorf.de

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Förderverein der Düsseldorfer Pneumologie und Schlafmedizin e.V. als Fördermitglied. Der Förderbeitrag beträgt mind. 30,00 € pro Jahr und wird ausschließlich per Lastschrift erhoben.

- Förderbeitrag** **30,00 €**
- Anderer Betrag:** _____ €

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ / Wohnort

Telefon

Email

Datum

Unterschrift

Ich ermächtige den Förderverein, den Förderbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kreditinstitut (Name)

_____|_____|_____
BIC

DE | ____|____|____|____|____|____
IBAN

Datum

Unterschrift