

Förderverein der Düsseldorfer Pneumologie und Schlafmedizin e.V.

An den
Förderverein der Düsseldorfer Pneumologie und Schlafmedizin e.V.
Alte Landstraße 72
40489 Düsseldorf
info@foerderverein-pneumologie.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

D E | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _
IBAN

_____
Datum Unterschrift