DermaKIDS
Förderverein e.V.
Albert-Einstein-Ring 11
D-14532 Berlin-
Kleinmachnow

Tel: +49.30.319981 - 05
Fax: +49.30.319981 - 04

email: info@dermakids.de
www.dermakids.de

Amtsgericht Potsdam
VR 8749 P

Ich möchte beim DermaKIDS Förderverein e.V. Mitglied werden.

☐ als Betroffener / Familienangehöriger von Betroffenen (Beitrag jährlich € 20.-)

- ☐ ich selbst Geburtsdatum _____ ☐ EBS ☐ EBJ ☐ EBD
- ☐ mein Kind
  Name _____ Geburtsdatum _____ ☐ EBS ☐ EBJ ☐ EBD
- ☐ mein Kind
  Name _____ Geburtsdatum _____ ☐ EBS ☐ EBJ ☐ EBD

☐ als persönliches Mitglied (Beitrag jährlich € 35,-/ Ehepaare € 50,-)

☐ Rentner/in (Beitrag jährlich € 25,-/ Rentnerehepaar € 40,-)

☐ als Schüler/in, Auszubildende/r, Student/in, Arbeitslose/r, Schwerbehinderte/r (Beitrag jährlich € 20,-)

☐ als Unternehmen/Organisation, Beitrag jährlich: _____ (mindestens 50€)

Name, Vorname _____

Unternehmen, Organisation _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon/Fax _____

Email _____

Datum/Unterschrift _____

Abbuchungsermächtigung

Hiermit ermächtige ich DermaKIDS Förderverein e.V. den Mitgliedsbeitrag per Lastschrift-verfahren von meinem Konto, bis auf Widerruf, abzubuchen.

IBAN _____ BIC _____

Bankinstitut, Ort _____

Kontoinhaber _____

Datum, Unterschrift _____

☐ ich habe meinen Mitgliedsbeitrag auf das unten benannte Beitragskonto überwiesen.

☐ bitte senden Sie mir eine Bestätigung für die Zahlung des Mitgliedbeitrages zu.

Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus und senden dieses postalisch an DermaKIDS Förderverein e.V..