

Förderverein
der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
am Klinikum Heidenheim e.V.
z. Hd. Frau Luise Griesinger
Crailsheimer Weg 14
89522 Heidenheim



Beitrittserklärung

Hiermit trete ich dem Förderverein der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Klinikum Heidenheim e.V. zum _____ bei und zahle jährlich 12 Euro Beitrag.
Datum

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

Tel.

Fax

e-mail

Datum, Unterschrift

Abbuchungsermächtigung

Von meinem Konto

Kontonummer

BLZ

Kreditinstitut

dürfen Sie jährlich den Betrag von _____ Euro abbuchen.

Datum, Unterschrift