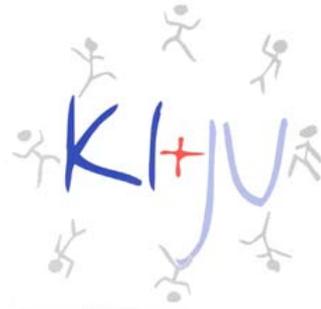


Förderverein  
der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin  
am Klinikum Heidenheim e.V.  
**z. Hd. Frau Luise Griesinger**  
**Crailsheimer Weg 14**  
**89522 Heidenheim**



### ***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*