

An den Förderverein am
Forschungszentrum Borstel e.V.
Medizinische Klinik
Klinisches Studienzentrum
PD Dr. Christian Herzmann
Parkallee 35
23845 Borstel / Sülfeld

BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich bin möchte gerne Mitglied des Fördervereins am Forschungszentrum Borstel e.V. werden.

Der Jahresbeitrag beträgt 50,-- € und kann steuerlich abgesetzt werden.

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/Postfach: _____

PLZ, Ort: _____

Email: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

ABBUCHUNGSERMÄCHTIGUNG

Ich bin damit einverstanden, dass der Jahresbeitrag von meinem Bankkonto

IBAN _____

SWIFT / BIC _____

Bank _____ Bankadresse _____

abgebucht wird.

(Datum, Unterschrift)

Die persönlichen Daten werden ausschließlich für den Verein genutzt.