



Paderborner
Klinik Clowns

Mitgliedsantrag für den Förderverein Paderborner Klinik-Clownarbeit e.V.

Angaben zur Person

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

E-Mail-Adresse

Ort, Datum

Unterschrift

Bankeinzugsermächtigung

Hiermit erkläre ich mich bis auf Widerruf damit einverstanden, das der Förderverein Paderborner Klinik-Clownarbeit e.V. den zu zahlenden Jahres-Mitgliedsbeitrag in Höhe von _____ Euro (Mindestbetrag: 15,00 Euro/Jahr) von folgenden Konto abbucht:

IBAN

Bank

Ort, Datum

Unterschrift