



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, dass der Förderverein Paderborner Klinik-Clownarbeit e.V. den zu zahlenden Jahres-Mitgliedsbeitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro (Mindestbetrag: 15,00 Euro/Jahr) von folgendem Konto abbucht:

---

IBAN

---

Bank

---

Ort, Datum

---

Unterschrift