Mukoviszidose Landesverband Berlin-Brandenburg e.V. Rykestr. 25 10405 Berlin Tel. 030 20 87 99 87 Fax 030 20 88 64 29

Ja, ich möchte helfen!

| | Ja, ich möchte Fördermitglied im Mukoviszidose Landesverband Berlin Brandenburg e.V. werden. |
|-----|---|
| | Meinen Förderbeitrag lege ich auf jährlich auf Euro (Mindestbeitrag 50 Euro) fest. |
| | Ich bin an Informationsmaterial über die Arbeit des Mukoviszidose Landesverband Berlin- Brandenburg e.V. interessiert. |
| Na | ameVorname |
| G | eb. Datum |
| St | raße/Haus-Nr |
| ΡI | |
| Oı | rt/ DatumUnterschrift |
| | Ich möchte eine Rechnung zugesandt bekommen. |
| (Si | Einzugsermächtigung e helfen uns, Verwaltungskosten zu sparen, wenn Sie uns eine Einzugsermächtigung erteilen.) |
| Hi | iermit erkläre ich mich bis auf Widerruf einverstanden, dass |
| de | r Förderbeitrag in Höhe von Euro jeweils im Januar |
| vc | on meinem Konto eingezogen wird. |
| K | onto-Nr Bankleitzahl |
| Ва | ankinstitut |
| Oı | rt/ Datum Unterschrift |
| un | Mukoviszidose Landesverband Konto 35 33 311 Bank für Sozialwirtschaft 100 205 00 |