

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.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geb. Datum \_\_\_\_\_

Straße/Haus-Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Ort/ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

---

**Ich möchte eine Rechnung zugesandt bekommen.**

**Einzugsermächtigung**

(Sie helfen uns, Verwaltungskosten zu sparen, wenn Sie uns eine Einzugsermächtigung erteilen.)

Hiermit erkläre ich mich bis auf Widerruf einverstanden, dass  
der Förderbeitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro jeweils im Januar  
von meinem Konto eingezogen wird.

Konto-Nr. \_\_\_\_\_ Bankleitzahl \_\_\_\_\_

Bankinstitut \_\_\_\_\_

Ort/ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

---

**unsere Bankverbindung:**

Mukoviszidose Landesverband  
Konto 35 33 311  
Bank für Sozialwirtschaft 100 205 00