



# Förderverein der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Arnsdorf e.V.

## Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich gemäß § 3 der Vereinssatzung die Mitgliedschaft zum „Förderverein der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie Arnsdorf e. V.“

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl/ Ort

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
(Telefon)

\_\_\_\_\_  
(E-Mail Adresse)

Die Mitgliedschaft wird durch Zustimmung des Vorstandes und Bestätigungsschreiben wirksam. Die Satzung erhalten Sie beim Vorstand.

Die Kontoverbindung des Fördervereins lautet: Förderverein der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Arnsdorf e. V., IBAN: DE82 8505 0300 3200 0070 94 bei der Ostsächsischen Sparkasse Dresden (BIC: OSDDDE81XXX).

## Einzugsermächtigung

Ich ermächtige Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beiträge zum Förderverein (derzeit jährlich 15,00€) bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen.

Kontonummer: \_\_\_\_\_ Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

Kontoführendes Institut: \_\_\_\_\_ Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des Kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Bei Nicht- Erteilung der Einzugsermächtigung verpflichte ich mich den Mitgliedsbeitrag eines Jahres jeweils bis zum 31. Januar auf das Vereinskonto einzuzahlen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
*Für internen Gebrauch –vom Kassenvart auszufüllen-*

Eingangsdatum: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Förderverein der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Arnsdorf e. V.

Hufelandstraße 15  
01477 Arnsdorf

Fon: 035200/26-282652  
Fax: 035200/26-2862

Vorsitzender: Katrin Droßel  
Stellv. Vorsitzender: Ines Babisch  
Kassenwart: Dorit Hoffmann

Bankverbindung  
Ostsächsische Sparkasse Dresden  
IBAN: 82 0300 3200 0070 94

St.Nr.: 213/143/12810K03

ET185