



**DIE CLOWN  
DOKTOREN E.V.**

## **Antrag auf Mitgliedschaft**

Wenn Sie Mitglied bei DIE CLOWN DOKTOREN E.V. werden möchten, füllen Sie bitte diesen Antrag aus und senden Sie ihn an unsere Vereinsadresse. Wir werden Sie in der Zukunft regelmäßig über unsere Clownvisiten und alles, was mit unserer Arbeit zusammenhängt, informieren. Am Ende des Jahres erhalten Sie unseren „Clown ImPuls“, der alle Förderer über die Aktivitäten unseres Vereines auf dem laufenden hält, so z.B. über neue CLOWN DOKTOREN-Programme, Informationen aus den Kliniken, von den Clowns usw.

**Wir freuen uns über Ihre Unterstützung!**

**Ja, ich möchte Mitglied bei DIE CLOWN DOKTOREN E.V. werden!**

Name, Vorname:.....

Straße: .....

Postleitzahl: .....Wohnort:.....

Geburtstag:.....Telefon / Fax:.....

E-Mail:.....

Ich bin damit einverstanden, dass mein Name und meine Adresse in der vereinsinternen Mitgliederliste veröffentlicht wird. DIE CLOWN DOKTOREN E.V. versichert, dass Mitglieder-Daten nicht an unbefugte Dritte weitergegeben werden.

Ich überweise den Mitgliedsbeitrag von Euro 44,- jährlich am:.....

oder

Bitte ziehen Sie den Mitgliedsbeitrag von Euro 44,- jährlich

zum ..... ein.

Bankverbindung: .....

IBAN: ..... BIC: .....

Datum, Unterschrift: .....