

Ja, ich will Mitglied im Verein „**cleftNet.de e.V.**“ werden.

Ja, ich möchte dem Verein „**cleftNet.de e.V.** „ eine einmalige Spende zukommen lassen.

Name, Vorname _____

Straße _____

Plz, Ort _____

Telefon _____

Telefax _____

E-Mail _____

Datum _____ Unterschrift _____

Arzt

Therapeut

Betroffener

Bank-Einzugsermächtigung

Jahresmindestbeitrag € 20,- / Sparkasse Düren, Konto-Nr. 373555, BLZ 395 501 10

Bitte buchen Sie ab _____ (Monat/Jahr) meinen **Jahresmitgliedsbeitrag** in Höhe von _____ Euro bis auf Widerruf von meinem Konto ab.

Bitte buchen Sie am _____ (Monat/Jahr) meine **einmalige Spende** in Höhe von _____ Euro von meinem Konto ab.

Konto-Inhaber _____

Konto-Nr. _____ Bankleitzahl _____

Bankinstitut _____

Datum _____ Unterschrift _____

Diese Seite ausfüllen und absenden an:

Verein cleftNet.de e.V.
c/o Rolf Neumann
An der Gerstenmühle 27
52349 Düren