

BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Schattenkinder-Südharz e.V., Förderverein der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters der SHK gGmbH und erkenne die Satzung und die Ordnung des Vereins an.



Ich erkenne die Zahlungsvereinbarung von einem Mindestbetrag von 1€ pro Monat gegenüber Schattenkinder-Südharz e.V., Förderverein der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters der SHK gGmbH an.

Geschäftsstelle: Angerstraße 74
99765 Heringen / OT Windehausen

Vom Antragsteller auszufüllen:

Name:

Vorname:

Geb.-datum:
TT MM JJJ

Straße:

Wohnort:

Beruf:

Email:

monatl. Beitrag: € Jahresbeitrag: €

.....
Ort und Beitrittsdatum

.....
Unterschrift