

Förderkreis Syltklinik e.V.  
Osetal 7  
25996 Wenningstedt  
www.foerderkreis-syltklinik.de



Erklärung:

Ich möchte die Arbeit des Vereins „Förderkreis Syltklinik e.V.“ unterstützen

- mit einer einmaligen Spende von \_\_\_\_\_ €.
- mit einer regelmäßigen Spende von \_\_\_\_\_ €.  
(jährlich/ ½ jährlich)
- Ich beantrage die Mitgliedschaft.  
Der Mitgliedsbeitrag von 24 € ist jährlich im Voraus per Einzugsermächtigung bis zum 31. März eines Jahres zu bezahlen.
- Ich bitte um Ausstellung einer Spendenquittung (ab 100€)

Hiermit ermächtige ich den Verein, den oben genannten Betrag von meinem Konto bei \_\_\_\_\_

BLZ \_\_\_\_\_

Konto-Nr. \_\_\_\_\_ abzubuchen.

Ich überweise die Spende an:

Förderkreis Syltklinik e. V.  
Sylter Bank e.G.  
Konto-Nr.: 25 26 7  
BLZ 217 918 05

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Ort / Datum

Unterschrift