

Aufnahmeantrag (per Post zurück an uns!)

CDKL5 Deutschland e.V.
Vorstand
An den Weiden 10
55296 Lörzweiler

Ordentliche Mitgliedschaft

Vorname und Name (Mitglied)

Vorname und Name (weiteres Mitglied)

Straße

PLZ / Ort

Email

Telefon

Kind mit CDKL5

Diagnose

Geburtsdatum

Ich bin / wir sind mit der Weitergabe
unserer Adresse an andere
betroffene Familien einverstanden.

Höhe des jährlichen Mitgliedsbeitrags:

35,00 € oder mehr:

_____ €

Fördermitgliedschaft

Vorname und Name (Mitglied)

Straße

PLZ / Ort

Email

Telefon

Höhe des jährlichen Mitgliedsbeitrags:
(bitte ankreuzen)

35,00 € oder mehr:

_____ €

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich / Hiermit ermächtigen wir Sie widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines / unseres untenstehenden Kontos durch Lastschriften einzuziehen.

Kontoinhaber

Konto

BLZ

IBAN

BIC

Name des Kreditinstituts

Betrag

Datum / Unterschrift
