



## BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zu «**Fountain of Hope** – Verein zur Förderung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung in Ruanda und Sambia»

Vor und Zuname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Email-Adresse: \_\_\_\_\_

Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### **Beitrag**

Jahresbeitrag **15 €** (natürliche Personen)                      **60 €** (juristische Personen)  
freiwilliger zusätzlicher Förderbeitrag: \_\_\_\_\_

Der Jahresbeitrag wird per Lastschrift erhoben und ist zum 31.3. eines Kalenderjahres fällig.

### **Einzugsermächtigung**

Hiermit ermächtige ich den **Verein «Fountain of Hope»** widerruflich, die zu entrichtende Beitragszahlung von folgendem Konto einzuziehen :

IBAN: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber (falls abweichend vom Mitglied): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Änderungen von Anschrift oder Konto-Nummer bitte über [fountain-of-hope@gmx.de](mailto:fountain-of-hope@gmx.de) oder c/o Bernhard Seefeld, Johann-Gottlieb-Fichte-Str. 49, 67435 Neustadt mitteilen.**