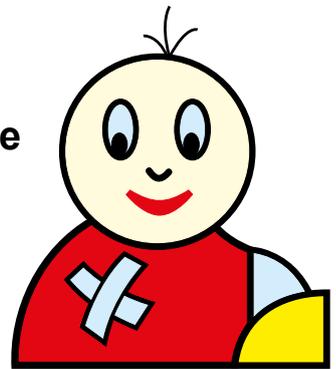


► SENDEN SIE DIE AUSGEFÜLLTE BEITRITTSERKLÄRUNG BITTE ZURÜCK AN:

**Fax:** (0203) 5 46 - 26 54 oder

**Mail:** [kinderklinik-duisburg@helios-gesundheit.de](mailto:kinderklinik-duisburg@helios-gesundheit.de)



**Kind im Krankenhaus**

(KIK) - Förderverein der *Kinder- und Jugendklinik*  
HELIOS St. Johannes Klinik Duisburg-Hamborn

### KIND IM KRANKENHAUS (KIK) E.V.

(KIK) – Förderverein der Kinder- und Jugendklinik  
HELIOS St. Johannes Klinik Duisburg-Hamborn  
An der Abtei 7 - 11  
47166 Duisburg

## BEITRITTSERKLÄRUNG

Werden Sie Mitglied und unterstützen Sie den Förderverein der Kinder- und Jugendklinik HELIOS St. Johannes Klinik Duisburg-Hamborn mit Ihrer Spende.

- Name \_\_\_\_\_
- Vorname \_\_\_\_\_
- Straße \_\_\_\_\_
- PLZ \_\_\_\_\_ ● Ort \_\_\_\_\_
- Telefon \_\_\_\_\_ ● Mobil \_\_\_\_\_
- E-Mail \_\_\_\_\_
- Geburtsdatum (freiwillig Angabe) \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass mein Name in das Mitgliederverzeichnis eingetragen wird.

Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Ich ermächtige den Förderverein der Kinder- und Jugendklinik HELIOS St. Johannes Klinik Duisburg-Hamborn den Jahresbeitrag in Höhe von 10,00 Euro mittels Lastschrift von meinem Konto abzubuchen.

- Kontoinhaber \_\_\_\_\_
- Bank \_\_\_\_\_ ● BIC \_\_\_\_\_
- IBAN-Nr. \_\_\_\_\_

Fällige Beträge ziehen wir zum 01. August eines jeden Jahres von Ihrem Konto ein.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift