

# MITGLIEDSCHAFT

Ich möchte Mitglied werden im Verein

„FREUNDE DER UNIVERSITÄTS-AUGENKLINIK FREIBURG e.V.“

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

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

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

E-Mail: \_\_\_\_\_

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

## Mitgliedsbeitrag:

Jährlich € \_\_\_\_\_

Mindestbeitrag z.Zt. **€ 20,00**

### Bezahlung des jährlichen Mitgliedsbeitrags:

Ich überweise den Beitrag jährlich

Ich ermächtige den Verein meine jährlichen Mitgliedsbeitrag von meinem Bankkonto (s.u.!) per SEPA-Lastschrift abzubuchen

### Meine Bankverbindung:

Bank: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

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

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

Unterschrift:

-----

Freunde der Univ. Augenklinik Freiburg e.V.

c/o Dr.med. Rainer Dünzen

Bötzenstraße 22

79219 Staufen