

Fördererverein Stiftungsklinikum Mittelrhein e.V.  
Johannes-Müller-Straße 7  
56068 Koblenz

**Ja, ich möchte den Fördererverein Stiftungsklinikum Mittelrhein e.V. mit meiner Mitgliedschaft unterstützen!**

- Bitte ziehen Sie den Mitgliedsbeitrag \* in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro von meinem Konto ein. Ich erteile Ihnen hiermit die Einzugsermächtigung, die ich jederzeit widerrufen kann:

\* Mindestbeitrag für natürliche Personen 120 €

\* Mindestbeitrag für juristische Personen 500 €

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_ Geb.datum: \_\_\_\_\_  
ggf. Firma/Organisation: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_ PLZ. Ort: \_\_\_\_\_  
Emailadresse: \_\_\_\_\_ Telefonnr. \_\_\_\_\_  
Kontonummer/Bank: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_

Am Ende des Jahres erhalten Sie von uns eine Spendenbescheinigung über die Höhe des Jahresbeitrages ausgestellt.

- Ich überweise den Betrag auf folgendes Konto:  
Deutsche Bank Koblenz, Kto-Nr. 0221820, BLZ 570 700 45

Haben Sie Fragen? Ihre Ansprechpartnerin ist Daniela Schmitz, Marketingleitung,  
Tel.: (0261) 137-1970, Email: [daniela.schmitz@stiftungsklinikum.de](mailto:daniela.schmitz@stiftungsklinikum.de)

Sie können das ausgefüllte Formular auch an die Faxnummer (0261) 137-17970 senden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift