



FFF Förderverein Faziale Fehlbildungen e.V.  
Geschäftsstelle medius Kliniken Ostfildern-Ruit  
Hedelfingerstraße 166  
73760 Ostfildern

### **Antrag auf ordentliche Mitgliedschaft**

Ich beantrage die ordentliche Mitgliedschaft bei FFF Förderverein Faziale Fehlbildungen e.V.

ab Datum \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

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

Der Mitgliedsbeitrag beträgt derzeit 50,00 Euro pro Jahr und wird von mir erstmals mit Aufnahme in den Verein in voller Höhe für das bereits laufende Kalenderjahr entrichtet.

Die Satzung bildet die Basis zur Mitgliedschaft und ist zu beachten.

Mir ist bekannt, dass die ordentliche Mitgliedschaft nur durch eine schriftliche Austrittserklärung an den Vorstand erfolgen kann.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



### Erteilung eines SEPA Lastschriftmandats

Ich ermächtige hiermit den FFF Förderverein Faziale Fehlbildungen e.V., den Mitgliedsbeitrag in Höhe von 50,00 Euro jährlich zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift