

**>> Durch Ihre  
Spende getragen <<**



**Unterstützen Sie uns durch  
Ihre Mitarbeit, Spende oder  
Mitgliedschaft!**

**Hilfe für nierenkranke Kinder  
und Jugendliche e.V.**  
am Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin  
Universitätsklinikum Freiburg  
Mathildenstr. 6, 79106 Freiburg

Mitglied im Bundesverband Niere e.V. und paritätischen Wohlfahrtsverband

# Mitgliedschaft

Hiermit beantrage/n ich/wir die Mitgliedschaft im Verein „Hilfe für nierenkranke Kinder und Jugendliche e. V.“

---

1. Name, Vorname

---

2. Name, Vorname

---

Straße

PLZ / Ort

---

Telefon

E-mail

Ich/wir wünsche/n Vereinsinformationen

per Mail

per Post

## Jahresmitgliedsbeitrag

\_\_\_\_\_ € Mindestbeitrag 25,- Euro/Einzelperson 40,- Euro/Paare

---

Unterschriften/en

## Abbuchungsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den Verein „Hilfe für nierenkranke Kinder und Jugendliche e.V.“ bis auf Widerruf

meinen Mitgliedsbeitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ €

eine einmalige Spende in Höhe von \_\_\_\_\_ €

eine jährliche Spende in Höhe von \_\_\_\_\_ €

mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen

---

Kontonummer

BLZ

---

IBAN

BIC

---

Kreditinstitut

---

Kontoinhaber (falls abweichend)

---

Datum

Unterschrift