



e.V. zur Förderung der Klinik und Poliklinik für
Kinderchirurgie an der
Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz

Sterntaler e.V.

Herr Dr. Wolfgang Puth

Finkenstraße 43

55122 Mainz

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE60ZZZ00000885081

Mandatsreferenz

wird separat mitgeteilt

Beitrittserklärung / Spende

MITGLIED WERDEN

Ich möchte Mitglied beim Sterntaler e.V. werden, der Mitgliedsbeitrag beträgt 15,00 € im Jahr.

DAUERSPENDE

Ich spende regelmäßig den Betrag von

_____ € pro Jahr.

EINMALSPENDE

Ich spende einmalig den Betrag von

_____ €.

ÜBERWEISUNG

Ich werde meine einmalige Spende in Höhe von _____ € auf das unten angegebene Spendenkonto überweisen, Verwendungszweck »**Einmalige Spende**« oder Angabe eines Projektes.

Meine Daten: (Bitte auch bei einer Überweisung ausfüllen)

Titel / Vorname: _____

Telefonnummer: _____

Name (Kontoinhaber): _____

E-Mail: _____

Strasse / HNr.: _____

PLZ / Ort _____ / _____

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Ich ermächtige Sterntaler e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Sterntaler e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Meine Bankverbindungsdaten lauten wie folgt:

Name des Kreditinstituts: _____

IBAN _____

BIC _____

Ort, Datum _____

Unterschrift (Kontoinhaber) _____

Datenschutzhinweis: Ihre persönlichen Daten werden ausschließlich für vereinsinterne Zwecke gem. Bundesdatenschutzgesetz verarbeitet und gespeichert und nicht an Dritte weitergegeben.

Anschrift

Sterntaler e.V. Wolfgang Puth
Finkenstraße 43
55122 Mainz

Kontakt

Mail: puth@sterntaler-mainz.de
Tel. 06131-38 77 12
Page: www.sterntaler-mainz.de

Spendenkonto / Kontoverbindung

Sparkasse Mainz
IBAN: DE05 5505 0120 0200 0600 02
BIC: MAL AD E51MNZ