

## Antrag auf Mitgliedschaft im Verein der Freunde und Förderer der Klinik Bogen

---

Name, Vorname

---

Geburtsdatum

---

Evtl. Firma

---

Straße, Hausnummer

---

Postleitzahl, Ort

Gerne möchte ich die Klinik Bogen durch meine Mitgliedschaft ab \_\_\_\_\_ unterstützen. Der Jahresbeitrag von mindestens 15,- € für natürliche Personen bzw. 50,- € für juristische Personen wird mit dem Eintritt in den Verein fällig.

- Ich überweise auf das Spendenkonto jährlich \_\_\_\_\_ €.
- Ich wünsche Bankabbuchung – bequem und bargeldlos.

---

IBAN

---

BIC

---

Geldinstitut

---

Ort, Datum

---

Unterschrift



Antwort an:

**Klinik Bogen**

Mussianstraße 8 · 94327 Bogen

Tel.: 09422/822-0

Fax: 09422/822-280

E-Mail: [info@klinik-bogen.de](mailto:info@klinik-bogen.de)