



Löwenzahn &  
Pusteblume e.V.

## FÖRDERVEREIN Kinderpalliativmedizin Wesel

Postfach 10 04 14

46464 Wesel

[post@loewenzahnundpusteblume.de](mailto:post@loewenzahnundpusteblume.de)

[www.loewenzahnundpusteblume.de](http://www.loewenzahnundpusteblume.de)

### Aufnahmeantrag:

Ja, ich möchte Mitglied werden.

Vor- und Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Telefon

E-Mail

Ich ermächtige den Förderverein Kinderpalliativmedizin Löwenzahn & Pusteblume e.V.  
bis auf Widerruf jährlich folgenden Mitgliedsbeitrag von meinem Konto abzubuchen:

24 Euro

48 Euro

\_\_\_\_\_ Euro

Kreditinstitut

Kontoinhaber

IBAN

BIC

Ort, Datum

Unterschrift