

Ich werde Mitglied des Spatz e. V.

Anmeldeformular

Name, Vorname _____

Straße, PLZ _____

Telefon _____

E-Mail _____

Mit meinem Mitgliedsbeitrag von jährlich 24 Euro unterstütze ich die Arbeit des Spatz e.V. Der Spatz e.V. erfüllt kleinen Patient*innen im Josephinchen, dem Zentrum für Kinder- und Jugendgesundheit, unbürokratisch Wünsche und sorgt für ein kindgerechtes Umfeld im Krankenhaus.

Den Mitgliedsbeitrag überweise ich einmal jährlich, idealerweise per Dauerauftrag, auf folgendes Spendenkonto:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG

BLZ 10090603 | KTO 0006498949

BIC DAAEEDDDXXX | IBAN DE17 3006 0601 0006 4989 49

Ort, Datum

Unterschrift



SPATZ e.V.

Förderverein des Josephinchen

Zentrum für Kinder- und
Jugendgesundheit im
St. Joseph Krankenhaus
Berlin Tempelhof

Josephinchen
Zentrum für Kinder-
und Jugendgesundheit

www.spatzev.org
spatz.sjk@gmx.de
UstID DE 119260415