



Schule zum Durchatmen

SmokeOut
Schule zum Durchatmen e.V.
Livländische Str. 27
10715 Berlin

Beitrittserklärung

.....
Name (od. Institution) **Vorname** **Titel**

.....
Straße **E-Mail-Adresse**

.....
PLZ **Wohnort** **Telefon**

.....
Datum **Unterschrift**

Ich/ Wir möchte(-n) Mitglied im Verein **SmokeOut** – Schule zum Durchatmen e. V. werden:
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Einzelmitgliedschaft Jahresbeitrag 20,- €
- Fördermitgliedschaft Beitragshöhe _____
- Mitglied als Körperschaft Beitragshöhe _____

Der Mitgliedsbeitrag soll durch
Dauerauftrag
Überweisung
entrichtet werden. (Der/die Schatzmeister/-in freut sich über Daueraufträge – Danke!)
Spende _____

Spendenbescheinigung

Wird vom Verein ausgefüllt:

Mitgliedsnummer

Eingetragen am _____ Spendenbescheinigung: ja nein

Mitglied ab _____ Bestätigung am: _____

Beitrag: _____

Bankverbindung: Deutsche Bank BLZ 100 700 24 Kto: 50 40 043