

Lichtblick e.V.  
c/o Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde  
Abteilung Neonatologie  
Calwer Str. 7

72076 Tübingen

Ja, ich/wir möchte/n Mitglied werden bei Lichtblick e.V.

als betroffene Familie     als Fördermitglied

Der Jahresbeitrag beträgt mindestens 20,- EUR für Einzelpersonen und für Familien. Wir bitten um Erteilung der Einzugsermächtigung.

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Telefax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Datum/Unterschrift \_\_\_\_\_

Hiermit ermächtige ich den Verein

**Lichtblick e.V.** – Verein für Eltern Frühgeborener und Risikogeborener Tübingen e.V.

widerruflich, den von mir festgelegten Jahresbeitrag von ..... EUR (mindestens 20,- EUR) bei Fälligkeit im Lastschriftverfahren von meinem Konto einzuziehen.

**Bankverbindung**

**Name und Anschrift**

Kontonummer \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Bankleitzahl \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Bank \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Datum/Unterschrift \_\_\_\_\_