



## Beitrittserklärung

Freundeskreis Quellenhof-Klinik e.V.  
am Neurologischen Rehabilitationszentrum Quellenhof  
Rita Raidt  
Kuranlagenallee 2  
75323 Bad Wildbad

E-Mail: [freundeskreis@quellenhof.de](mailto:freundeskreis@quellenhof.de)

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum „Freundeskreis Quellenhof-Klinik e.V.“:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Mit der Abbuchung des jährlichen Mitgliederbeitrags von meinem nachfolgenden Konto bin ich einverstanden. Ich entrichte folgenden Jahresbeitrag:

- für natürliche Personen (Einzelpersonen) von EUR 30,-  
 für juristische Personen (Firmen, Institutionen) von EUR 100,-  
 freiwillig einen höheren Beitrag in Höhe von EUR \_\_\_\_\_,-

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_  
Bank: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

Eine Spendenquittung wird am Ende des Jahres erstellt.