

Bitte an unsere Kassiererin zurücksenden. Vielen Dank.

Francesca Ferrera
Marienstr. 98
63069 Offenbach
Fax: 069/20244001



Durch eine feste jährliche Spende werden Sie Mitglied in der Interessengemeinschaft Sichelzellerkrankheit und Thalassaemie e.V. (IST e.V.) und helfen damit unseren Patienten und deren Familien.

Mitgliedsantrag:

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im/bei IST e.V.

Name, Vorname:.....

Straße, Hausnummer:.....

PLZ, Ort:.....

Telefon, Fax:.....

E-Mail-Adresse:.....

Geburtsdatum:.....

- Ich bin:** Sichelzellpatient Eltern von Patient (Sichelzellerkrankheit) Freund
 Thalassaemiepatient Eltern von Patient (Thalassaemie) Doktor

(Sie können die Höhe Ihres Mitgliedsbeitrags selbst festlegen und jederzeit durch schriftliche Mitteilung verändern. **Der Mindestbeitrag beträgt 20,- € jährlich pro Mitglied.** Sind mehrere Personen einer Familie Vereinsmitglieder, so ermäßigt sich der Beitrag auf 10,- € jährlich pro Mitglied. Ab einem Beitrag über 200 € erhalten Sie automatisch eine Spendenquittung, lt. Gemeinnützigkeitsbestätigung vom Finanzamt Bonn am 11.07.08, Steuernr.: 206/5866/0866. Liegt der Beitrag unter 200 € können Sie bei der Einkommenssteuererklärung den Kontoauszug vorlegen).

- Ich werde Mitglied im IST e.V. und spende jährlich
 (bis auf weiteres) _____ Euro per Lastschriftverfahren.

Datum: _____ **Unterschrift des Antragstellers:** _____

Einzugsermächtigung:

Hiermit ermächtige ich dem IST e.V. meinen jährlichen Mitgliedsbeitrag von dem Konto

Kontoinhaber: _____ Kreditinstitut: _____

Kontonummer: _____ BLZ: _____

durch Lastschrift bis auf Widerruf einzuziehen.

Datum: _____ **Unterschrift des Kontoinhabers:** _____

Spendenkonto:
 Städtische Sparkasse Offenbach am Main, Konto-Nr.: 112925, BLZ: 505 500 20
Wir bedanken uns ganz herzlich für Ihre Solidarität und Hilfe!
www.ist-ev.org