

# Aufnahmeantrag



engagiert – grenzenlos – schnell

Ich bitte um Aufnahme in den Förderverein  
**Medizinische Krisenhilfe Pirmasens e.V.**

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ \*  
Telefon.: \_\_\_\_\_ \* Mobil: \_\_\_\_\_ \*  
(\*Diese Angaben sind freiwillig)

Als Mitgliedsbeitrag möchte ich jährlich zahlen: \_\_\_\_\_ Euro  
(Mindestbeitrag 25 €)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

## **Ermächtigung zum Einzug der Forderung durch Lastschrift**

Hiermit ermächtige ich den Förderverein Medizinische Krisenhilfe Pirmasens, den o.g. Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit von meinem Konto durch Lastschrift einzuziehen. (Gläubiger-ID: DE68ZZZ00002503867)

Name des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_  
IBAN: \_\_\_\_\_  
BIC: \_\_\_\_\_  
Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Instituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

---

Postanschrift: Medizinische Krisenhilfe Pirmasens e.V., Pettenkoferstraße 22, 66955 Pirmasens

1.Vorsitzender: Benno Lutz  
2.Vorsitzender: Dr. med. Patrick Lutz  
AG Zweibrücken VR 30626

Telefon: 06331-714-1002  
Telefax: 06331-714-1003  
[lutz@kh-pirmasens.de](mailto:lutz@kh-pirmasens.de)

Sparkasse Südwestpfalz Pirmasens  
BIC: MALADE51SWP  
IBAN: DE04 5425 0010 0000 102210  
Gläubiger-ID: DE68ZZZ00002503867