

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum  
**Förderverein Krankenhaus Waldfriede e.V.**

DATUM DES BEITRITTS

NAME

VORNAME

FIRMA

GEBURTSDATUM

STRASSE / HAUSNUMMER

PLZ / ORT

TELEFON

E-MAIL

DATUM / UNTERSCHRIFT

Bitte senden Sie Ihre Beitrittserklärung in einem frankierten Umschlag an folgende Adresse:  
**Förderverein Krankenhaus Waldfriede e.V.**  
**Argentinische Allee 40 | 14163 Berlin-Zehlendorf**

## Beitrittserklärung

**Ja**, ich möchte Mitglied im **Förderverein Krankenhaus Waldfriede e.V.** werden. Bitte kreuzen Sie an!

- Mitglied – BRONZE**  
60 EUR im Jahr (5 EUR monatlich)
- Mitglied – SILBER**  
120 EUR im Jahr (10 EUR monatlich)
- Mitglied – GOLD**  
240 EUR im Jahr (20 EUR monatlich)
- Mitglied – PLATIN**  
300 EUR im Jahr (25 EUR monatlich)  
Einladungen zu exklusiven Veranstaltungen  
(z.B. Ministerbesuch, Wirtschaftsgespräche, Jubiläen)

Gewerbliche Partner können das Logo vom Krankenhaus Waldfriede für ihre Werbung verwenden

Ich möchte den Jahresbetrag von meinem Bankkonto abbuchen lassen:

- monatlich       jährlich

KONTOINHABER

IBAN

BIC

BANK / KREDITINSTITUT

- Ich möchte gerne zu Veranstaltungen und Vorträgen im Krankenhaus Waldfriede eingeladen werden.