

**Mitgliedsantrag**  
für eine Mitgliedschaft im Hilfsfonds  
Dialyseferien e.V.



Ich / wir möchte(n) Mitglied im Hilfsfonds Dialyseferien e.V. werden. Ich / wir bitten um Aufnahme als:

- Einzelmitglied (12,50 € / Jahr)
- Bundesverband Niere e.V. Mitgliedsverein (0,31 € / Jahr / Mitglied)
- Fördermitglied (ab 300 € / Jahr)
- Partnerfirmen (1000 € / Jahr)

.....  
Vereins- / Firmenname

.....  
Name, Vorname

.....  
Straße

.....  
PLZ, Ort

.....  
Telefon

.....  
Fax

.....  
e-Mail

- Den Mitgliedsbeitrag für den Hilfsfonds Dialyseferien e.V. überweise ich jeweils bis zum 31. März eines jeden Jahres.

Bankverbindung:

Sparkasse Köln

IBAN: DE88370501980009992256

BIC: COLSDE33

- Für den Einzug meines Mitgliedsbeitrages erteile ich ausdrücklich die nachstehende Einzugsermächtigung.

.....  
Name des Kreditinstitutes

IBAN

BIC

.....  
Kontoinhaber

Ort, Datum

.....  
ggf. Stempel, Unterschrift

**Den Mitgliedsantrag senden Sie bitte im Original an:**

Carola Qual  
Neltestraße 23 a  
12489 Berlin

Tel. 030 347 454 66 (dienstlich)

Fax 030 347 454 67 (dienstlich)

e-Mail: [qual@hilfsfonds-dialyseferien.de](mailto:qual@hilfsfonds-dialyseferien.de)

Internet: [www.hilfsfonds-dialyseferien.de](http://www.hilfsfonds-dialyseferien.de)

Der Verein ist im Vereinsregister des Amtsgericht Darmstadt unter der Nummer 1503 eingetragen und vom Finanzamt Berlin als gemeinnützig und mildtätig anerkannt.