



Bitte senden an:

CICATRIX e.V.  
Rietschelstr. 33

67549 Worms

Fax 06241 - 308 99 88

### BEITRITTSERKLÄRUNG

Wir möchten Kooperations-Mitglied werden bei CICATRIX e.V.  
Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt 50 Euro.

Name des Vereins/Institution \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Arbeitsschwerpunkt \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sitz/VR/HR \_\_\_\_\_

Vertreten durch: 1.) \_\_\_\_\_

(Position, Name) 2.) \_\_\_\_\_

3.) \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ und Ort \_\_\_\_\_

Tel/Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

- 2 -

**CICATRIX e.V. – Gemeinschaft für Menschen mit Verbrennungen und Narben**

Konto - Nr. 40 50 60 Volksbank Worms-Wonnegau BLZ 553 900 00

Amtsgericht Worms VR 1229



**Seite 2. der Beitrittserklärung zu CICATRIX e.V.**

Die Satzung und Beitragsordnung haben wir auf [www.cicatrix.de](http://www.cicatrix.de) gelesen und erkennen sie hiermit an. Mit der Angabe einer E-Mail Adresse stimmen wir der Kommunikation mit CICATRIX e.V. über diese ausdrücklich zu.

Ort/Datum  
Unterschrift/en \_\_\_\_\_

Sie helfen uns, unnötige Verwaltungskosten einzusparen, wenn Sie nachstehende Einzugsermächtigung ausfüllen, unterschreiben und uns zusenden. Sie erleichtern dadurch sich und uns die Arbeit. Vielen Dank!

Einzugsermächtigung:

Hiermit erklären wir uns bis auf Widerruf damit einverstanden, daß CICATRIX e.V. den jeweils fälligen Jahresbeitrag jährlich im voraus von unserem Konto einzieht:

Konto-Nr. \_\_\_\_\_

bei (Bank) \_\_\_\_\_

BLZ \_\_\_\_\_

Ort/Datum  
Unterschrift/en \_\_\_\_\_

Wir ermächtigen CICATRIX e.V. hiermit ebenfalls, regelmäßig eine Spende in Höhe von

€ \_\_\_\_\_ zusätzlich zum Jahresbeitrag vom oben genannten Konto einzuziehen.

Ort/Datum  
Unterschrift/en \_\_\_\_\_