

## BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Schattenkinder-Südharz e.V., Förderverein der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters der SHK gGmbH und erkenne die Satzung und die Ordnung des Vereins an.



Ich erkenne die Zahlungsvereinbarung von einem Mindestbetrag von 1€ pro Monat gegenüber Schattenkinder-Südharz e.V., Förderverein der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters der SHK gGmbH an.

Geschäftsstelle: Angerstraße 74  
99765 Heringen / OT Windehausen

---

Vom Antragsteller auszufüllen:

Name: .....

Vorname: .....

Geb.-datum: .....  
TT MM JJJ

Straße: .....

Wohnort: .....

Beruf: .....

Email: .....

monatl. Beitrag: ..... €      Jahresbeitrag: ..... €

.....  
Ort und Beitrittsdatum

.....  
Unterschrift