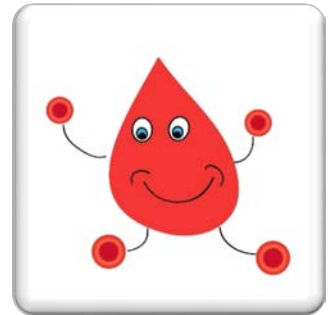


# Förderverein Blutspende Karlsruhe e.V.

An den Vorstand des  
Fördervereins „Blutspende Karlsruhe e.V.“

Städt. Klinikum Karlsruhe / Blutspendezentrale

**Moltkestraße 90**  
**76133 Karlsruhe**



## Antrag auf Mitgliedschaft im Förderverein „Blutspende Karlsruhe e.V.“

Ich möchte gern Mitglied im Förderverein Blutspende Karlsruhe e.V. werden.  
Mit dem Mitgliedsbeitrag von **jährlich 12,00 €** bin ich einverstanden.

Vorname:

Nachname:

Straße:

Nummer:

PLZ:

Wohnort:

Datum:

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

## Abbuchungserlaubnis

Mit dem Einzug des Mitgliedsbeitrags durch Lastschrift bin ich einverstanden.  
Den Lastschrifteinzug kann ich jederzeit schriftlich oder telefonisch widerrufen.

Kontoinhaber:

Geldinstitut:

IBAN:

BIC:

Datum:

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

### Förderverein Blutspende Karlsruhe e.V.

**Vorsitzender:** Klaus-Dieter Wolf  
**E-Mail:** blutspendezentrale@klinikum-karlsruhe.de

**Telefon:** 0721 / 974 - 1701  
**Telefax:** 0721 / 974 - 1709

### Konto-Daten:

Blutspende Karlsruhe e.V.  
Deutsche Bank PGK Karlsruhe

**Bankleitzahl** 660 700 24  
**Konto-Nr.** 0 502 757

### SEPA-Daten:

**IBAN** DE72 6607 0024 0050 2757 00  
**BIC** DEUTDEDB660