



Malteser

Kontaktformular Mitgliedsantrag

Ja, ich will als Förderer helfen!

Dazu überweise ich einen Mitgliedsbeitrag von * Euro im Jahr (Mindestbeitrag 24,54 Euro)

Rückholdienst inkl. Gesundheitstelefon (3,- EUR/Jahr) ja nein

Bitte füllen Sie alle Felder, die mit einem * gekennzeichnet sind aus. Vielen Dank!

Name*:

Vorname*:

Geburtsdatum*:

Straße*:

Postleitzahl*:

Ort*:

Email*:

Telefon*:

Fax:

Einzugsermächtigung

Ich erteile dem Malteser Hilfsdienst bis auf Widerruf die Erlaubnis, die fälligen Beiträge von meinem Konto abzubuchen.

Kontonummer*:

Bankleitzahl*:

Kreditinstitut*:

Die Mitgliedsbeiträge und Spenden sind nach §§ 10b Abs. 1 EstG und § 9 Abs. 1 Nr. 2a KStG steuerabzugsfähig.

Datum und Unterschrift des Antragstellers
(bei Minderjährigen des Erziehungsberechtigten)

Datum, Unterschrift und Stempel
des Malteserbeauftragten