

# Ja, ich möchte Fördermitglied werden!

---

zphKinder

Zahnärzte und Patienten  
helfen Kindern in Not e.V.



Name: .....

Firma: .....

Email: .....

Mein Mitgliedsbeitrag jährlich: €.....

**Bitte übersenden Sie mir einen Tätigkeitsbericht**

Ich überweise den Betrag jährlich auf das  
Spendenkonto bei der Kasseler Sparkasse mit der  
**IBAN: DE 33 5205 0353 0000 00 5555**

---

Datum

---

Unterschrift