



Schule zum Durchatmen

SmokeOut  
Schule zum Durchatmen e.V.  
Livländische Str. 27  
10715 Berlin

## Beitrittserklärung

.....  
**Name** (od. Institution)                      **Vorname**                      **Titel**

.....  
**Straße**                                              **E-Mail-Adresse**

.....  
**PLZ**                                              **Wohnort**                                              **Telefon**

.....  
**Datum**                                              **Unterschrift**

Ich/ Wir möchte(-n) Mitglied im Verein **SmokeOut** – Schule zum Durchatmen e. V. werden:  
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- |                          |                           |               |        |
|--------------------------|---------------------------|---------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | Einzelmitgliedschaft      | Jahresbeitrag | 20,- € |
| <input type="checkbox"/> | Fördermitgliedschaft      | Beitragshöhe  | _____  |
| <input type="checkbox"/> | Mitglied als Körperschaft | Beitragshöhe  | _____  |

Der Mitgliedsbeitrag soll durch  
Dauerauftrag                        
Überweisung                        
entrichtet werden. (Der/die Schatzmeister/-in freut sich über Daueraufträge – Danke!)  
Spende                      \_\_\_\_\_

Spendenbescheinigung

*Wird vom Verein ausgefüllt:*

**Mitgliedsnummer**

Eingetragen am \_\_\_\_\_ Spendenbescheinigung: ja  nein

Mitglied ab \_\_\_\_\_ Bestätigung am: \_\_\_\_\_

Beitrag: \_\_\_\_\_

**Bankverbindung: Deutsche Bank BLZ 100 700 24 Kto: 50 40 043**