



Sie schätzen *uns*?



Wir schätzen *Sie*!

Werden Sie Fördermitglied!



Förderverein
der IFB-Stiftung

Ich möchte Mitglied werden im Förderverein der IFB e. V.

Name der Person (*oder Organisation*)

(*wenn Organisation*) vertreten von _____

Ich zahle monatlich / vierteljährlich / halbjährlich / jährlich _____ EUR

(Personen min. 24 EUR pro Jahr / Organisationen min. 240 EUR pro Jahr)

Ich weise mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kontoinhaber

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

IBAN DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

BIC _ _ _ _ _

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber

bitte ausreichend
frankieren

Förderverein der IFB e.V.

Storchenallee 2
65201 Wiesbaden