



Förderverein Klinik für Kinder und Jugendliche
am Klinikum St. Marien Amberg e.V.

Aufnahmeantrag

Name:

Vorname:

Straße:

Postleitzahl/Ort:

Telefon:Fax:.....

e-mail:

Bankverbindung:

Konto:BLZ:.....

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Förderverein Klinik für Kinder und Jugendliche am Klinikum St. Marien Amberg e.V.

.....

Ort, Datum Unterschrift