

Ja, ich möchte Mitglied im „Billy Rubin – Förderverein  
Kindergastroenterologie MHH e.V.“ werden.

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

Bitte buchen Sie einen Jahresbetrag von \_\_\_\_\_ Euro von

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber (falls abweichend vom Antragssteller)

\_\_\_\_\_  
Kontonummer

\_\_\_\_\_  
Bankleitzahl

\_\_\_\_\_  
Bank

ab.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bitte  
ausreichend  
freimachen

**Billy Rubin – Förderverein**  
Kindergastroenterologie MHH e.V.  
c/o Sekretariat der Kindergastroenterologie  
Medizinische Hochschule Hannover  
Kinderklinik  
OE 6728  
Carl-Neuberg-Str. 1  
30625 Hannover