

Beitrittserklärung zum Förderverein Krankenhaus Waldkirch e.V.

Bitte senden an: Dr. Karlfranz Koehler Elzstraße 26/2 79261 Gutach 07681/22213

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Förderverein Krankenhaus Waldkirch e.V.

1. als stimmberechtigtes Mitglied: Einzelperson Familie Juristische Person

2. als Fördermitglied: Einzelperson Familie Juristische Person

Die Mindestbeiträge entnehmen Sie der Beitragsordnung auf der Rückseite.

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Bitte tragen Sie hier Ihren individuellen Jahresbeitrag ein:

€

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds (des gesetzlichen Vertreters)

Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer des Vereins: DE67ZZZ00002323659

Ich ermächtige den Förderverein Krankenhaus Waldkirch e.V., den Jahresbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Mitgliedsbeitrag wird als Jahresbeitrag am 1. Februar jeden Jahres fällig.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut: _____ BIC: _____

IBAN: _____

Kontoinhaber/in: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin