



Krankenhaus-Förderverein Schwabmünchen e. V.

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Krankenhaus-Förderverein Schwabmünchen e. V.

Name/Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ/Ort

Tel. Privat/Geschäft

Fax E-Mail

Die Bestimmungen der Satzung erkenne ich an. Ein Exemplar der Satzung kann ich beim Vorsitzenden anfordern.

Der Jahresbeitrag von € 20,- wird mit Eintritt fällig.

Darüber hinaus bin ich bereit €, also insgesamt €

jährlich monatlich einmalig zu spenden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandates

Krankenhaus-Förderverein Schwabmünchen e. V. (Gläubiger)

Vorsitzender: Dr. Peter Schmidt, Lechfelder Str. 4, 86830 Schwabmünchen

Gläubiger-Identifikations-Nummer: DE03ZZZ00000094296

Ihre Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Krankenhaus-Förderverein Schwabmünchen e. V. Zahlungen mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Krankenhaus-Förderverein Schwabmünchen e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

BIC Bank

IBAN

Kontoinhaber (Name, Vorname)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift