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 € ……..

O jährlich O monatlich O 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
IBAN: DE48 7206 9220 0000 0061 06, BIC: GENODEF1SMU
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

Antrag bitte senden an: Krankenhaus-Förderverein Schwabmünchen e.V., Herrn Dr. Peter Schmidt, Lechfelder Str. 4, 86830 Schwabmünchen