



## 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 .....

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. Michael Küchle, Rubihornstr. 3, 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**

Bitte zurücksenden an: Krankenhaus-Förderverein Schwabmünchen e.V.

Herrn Dr. Michael Küchle, Rubihornstr. 3, 86830 Schwabmünchen