

Förderverein des Steinfurter Krankenhauses e.V.

Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich gemäß § 7 der Vereinssatzung die Mitgliedschaft im Förderverein des Steinfurter Krankenhauses e.V.

Name:	_____	Vorname:	_____
Geb. Datum:	_____		_____
Straße:	_____	PLZ / Ort:	_____
Tel.:	_____	Email:	_____
Unterschrift:	_____		
Unterschrift:	_____		

(bei Minderjährigen auch der gesetzliche Vertreter)

Der Jahresmitgliedsbeitrag beträgt 20,00 € für natürliche und 50,00 € für juristische Personen. Die Fälligkeit ist der 01. März eines jeden Jahres (wiederkehrende Zahlung).

Unsere Gläubiger ID lautet: DE38 001 000 018 765 26
Die Mandatsreferenz wird Ihnen gesondert mitgeteilt.

- Mein Mitgliedsbeitrag beträgt 20 € / Jahr.
 Unser Mitgliedsbeitrag als juristische Person beträgt 50 € / Jahr
(bitte ankreuzen)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Förderverein für das Steinfurter Krankenhaus, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein für das Steinfurter Krankenhaus 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 meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC) BIC: _____

IBAN: D E _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

Datum, Ort und Unterschrift des Zahlungspflichtigen