

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

\_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(Strasse)

\_\_\_\_\_  
(PLZ, Wohnort)

An den  
Verein der Freunde und Förderer  
des Krankenhauses Rothalmünster e.V.  
Marktplatz 10

94094 Rothalmünster

## Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft.  
Mit dem Einzug des jeweils gültigem Vereinsbeitrages (z.Zt. **13,00 €**) bin ich einverstanden.  
Die Abbuchung erfolgt am **1. Juli**.

Zahlungsempfänger (Gläubiger):	Verein d. Freunde und Förderer des KKH Rothalmünster
Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)	<b>DE03ZZZ00000291788</b>
Mandatsreferenz	Beitrag ..... Mitgliedsnr. ....

### SEPA- Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

Name Zahlungsempfänger  
Verein d. Freunde und Förderer des KKH Rothalmünster  
Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/ unser Kreditinstitut an, die von

Name Zahlungsempfänger  
Verein d. Freunde und Förderer des KKH Rothalmünster  
auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.  
Hinweis: Ich kann/ Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

<b>Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnr., PLZ, Ort)</b>	
<b>Kreditinstitut</b>	
<b>BIC</b>	<b>IBAN</b>
	<b>DE</b>

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift