

Beitrittserklärung zum
Verein der Freunde und Förderer des Krankenhauses Vilshofen e. V.

Aufnahmeantrag

Name/Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum /- ort: _____

Beruf: _____

Telefon/Handy/E-Mail: _____

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Förderverein des Krankenhauses Vilshofen e. V.,
Krankenhausstr. 32, 94474 Vilshofen.

Ort, Datum Unterschrift

SEPA Basislastschriftmandat

Gläubiger: Verein der Freunde und Förderer des Krankenhauses Vilshofen e. V.

Gläubiger ID: DE90ZZZ00001938931

Mandatsreferenz: _____ (Vergabe durch Verein)

Ich ermächtige den Verein der Freunde und Förderer des Krankenhauses Vilshofen e. V.,
Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein
Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger 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.

Kontoinhaber: _____

Anschrift: _____

IBAN: DE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

BIC: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Ort, Datum Unterschrift