

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Strasse

.....
PLZ Wohnort

An den
Verein der Freunde und Förderer
des Krankenhauses Wegscheid e.V.
z.Hd. Kassier Gottfried Binder
Mühlfeld 16
94110 Wegscheid

Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft.
Mit dem Einzug des jeweils gültigem Vereinsbeitrages (z.Zt. **10.00 €**) bin ich einverstanden.
Die Abbuchung erfolgt im III. Quartal.

Zahlungsempfänger (Gläubiger): Verein d. Freunde und Förderer des KKH Wegscheid e.V.

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)	DE54ZZZ00000756567
Mandatsreferenz	BeitragMitgliedsnr.....

SEPA- Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

<small>Name Zahlungsempfänger</small> Verein d. Freunde und Förderer des Krankenhauses Wegscheid
--

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

<small>Name Zahlungsempfänger</small> Verein d. Freunde und Förderer des Krankenhauses Wegscheid
--

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnr., PLZ, Ort)	
Kreditinstitut	
BIC	IBAN DE

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift