

# MITGLIEDSERKLÄRUNG / SPENDE

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ,Wohnort: \_\_\_\_\_

Bitte zutreffendes ankreuzen:

- Hiermit erkläre ich widerruflich meine **Mitgliedschaft** zum Verein der Förderer und Freunde des Kreiskrankenhauses Grünstadt. Ich ermächtige hiermit den Verein der Förderer und Freunde des Kreiskrankenhauses Grünstadt , meinen **Jahresbeitrag** von **30,- Euro** von dem u.g. Konto einzuziehen.

oder

- Hiermit ermächtige ich widerruflich den Verein der Förderer und Freunde des Kreiskrankenhauses Grünstadt **einmalig** eine Spende von \_\_\_\_\_ **Euro** von dem u.g. Konto einzuziehen

**SEPA-Lastschriftmandat:** Ich weise mein Kreditinstitut an, die vom Verein der Förderer und Freunde des Kreiskrankenhauses Grünstadt auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen beginnend mit dem Belastungsdatum die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN : DE \_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Name der Bank: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_