

Förderverein Krankenhaus Pfarrkirchen e.V.

Gläubiger-ID: DE30ZZZ00001913045

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Geb.-Datum: _____ E-Mail: _____

die Mitgliedschaft im **Förderverein Krankenhaus Pfarrkirchen e.V.**

Datum

Unterschrift

Mir ist bekannt, dass der Mindest-Jahresbeitrag € 15,- beträgt und darüberhinaus auch höhere Beitragszahlungen bei Wahrung gleicher Rechte für alle Mitglieder möglich sind.

Ich bin damit einverstanden, dass der Mindest-Jahresbeitrag in Höhe von € 15,-(oder Betrag €) jeweils am 01.03. eines Jahres meinem Konto belastet wird.

Hinweis: Der Jahresbeitrag ist im Jahr des Beitritts sofort fällig, in den Folgejahren jeweils zum 01.03.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) den **Förderverein Krankenhaus Pfarrkirchen e.V.** wiederkehrende Zahlungen (Jahresbeitrag) von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Förderverein Krankenhaus Pfarrkirchen e.V. 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 dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: _____
Vorname, Name, Strasse, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Kreditinstitut: _____
Name der Bank des Zahlungspflichtigen

IBAN: _____ BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Zahlungspflichtigen/ Vereinsmitglieds

per Post an:

(1. Vorsitzenden)

Ludwig Einhellig
Maria-Ward-Ward-Str. 14
84347 Pfarrkirchen

oder

(Schatzmeister)
Alfred Plank
Maria-Ward-Ward-Str. 23
84347 Pfarrkirchen