

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.

- Hiermit ermächtige ich widerruflich den Verein der Förderer und Freunde des Kreiskrankenhauses Grünstadt
 einmalig oder **jährlich** 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: _____