

Förderverein der psychosomatischen Klinik am Hospital zum heiligen Geist e.V.

Beitrittserklärung

- Ich möchte Mitglied werden
- Ich möchte aktives Mitglied werden

.....
Vor- und Zuname

.....
Geburtsdatum

.....
Straße

.....
PLZ Wohnort

.....
Telefon / Fax

.....
E-Mail

Der Jahresbeitrag beträgt € 12,00

Darüber hinaus spende ich einen Beitrag von

Jährlich €

Einmalig €

**Förderverein der psychosomatischen Klinik
am Hospital zum heiligen Geist e.V.**

**Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE92ZZZ00000770724**

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Förderverein der psychosomatischen Klinik am Hospital zum heiligen Geist e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein der psychosomatischen Klinik am Hospital zum heiligen Geist e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

.....
Vorname und Name (Kontoinhaber)

.....
Straße und Hausnummer

.....
Postleitzahl und Ort

.....
IBAN

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift