

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 psychosomati-schen Klinik am Hospital zum heiligen Geist e.V., Zah-lungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein der psychosomatischen Klinik am Hospi-tal 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 belaste-ten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit mei-nem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ihre personenbezogenen Daten (z.B. Anrede, Name, Anschrift, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Bankverbindung, ggf. Kreditkarten -nummer) werden von uns nur gemäß den Bestimmungen der seit 25.Mai 2018 geltenden Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) verarbeitet.

.....
Vorname und Name (Kontoinhaber)

.....
Straße und Hausnummer

.....
Postleitzahl und Ort

.....
IBAN

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift