

Beitrittserklärung

Ich möchte Mitglied im Verein „Freunde des Krankenhauses Freilassing e.V.“ werden:

Name:

Vorname:

Straße:

Wohnort:

Geb.Datum:

E-Mail:

Ich verpflichte mich,

- a) einen Jahresbeitrag von Euro zu zahlen (mindestens 12,00 Euro)
- b) eine freiwillige Aufnahme spende von Euro zu zahlen

Ich ermächtige den Verein „Freunde des Krankenhauses Freilassing e.V.“ widerruflich, die Jahresbeiträge in Höhe von Euro und die o.a. einmalige Aufnahme spende zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen.

Konto-Nr.:

BLZ und Bank:

Kontoinhaber:

Straße:

Wohnort:

Datum:

Unterschrift: