

Förderverein St. Johannes Krankenhaus e.V.
Wilhelm-Busch-Str. 9
53844 Troisdorf-Sieglar

Bankverbindung :
IBAN-Nr.: DE10 3706 9520 1106 1450 12
BIC-Nr.: GENODED1RST

BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Förderverein St. Johannes Krankenhaus e.V.

Name

Vorname

Straße:

PLZ: Ort:

Tel. - Nr.

Geburtsdatum:

Ich bin bereit, jährlich einen Betrag in Höhe von (Mindestbetrag € 30,--)

€ _____

zu zahlen, und zwar erstmalig in dem Monat, der auf den Beitritt folgt, und anschließend jeweils am 20. Februar jeden Jahres. Bei Eintritt nach dem 01.07. eines jeden Jahres ist für dieses Jahr nur ein halber Betrag fällig.

....., den
(Ort) (Datum) (Unterschrift)

Einzugsermächtigung für Lastschriftverfahren an:

Förderverein St. Johannes Krankenhaus e.V.

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beträge von

€ _____

bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos

IBAN-Nr.:

BIC-Nr.:

mittels Lastschriftverfahren einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

....., den
(Ort) (Datum) (Unterschrift)

Falls Einzugsermächtigung nicht erwünscht, bitte diesen Passus streichen!