FÖRDERVEREIN
Kreiskrankenhaus
Saarburg

An den
Förderverein St. Franziskus Krankenhaus
und Seniorenzentrum e.V.
Graf-Siegfried-Str. 115
54439 Saarburg

oder per E-Mail an a.ohs@kh-saarburg.de

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Förderverein St. Franziskus Krankenhaus und Seniorenzentrum e.V.

Angaben zur Person

Name, Vorname:

Straße und Hausnummer:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

Telefon:

E-Mail:

Jahresbeitrag

Bitte wählen Sie eine Option. Sie können freiwillig einen höheren Betrag angeben.

☐ Einzelperson (mindestens 20,00 €) Betrag: €

☐ Juristische Person (mindestens 50,00 €) Betrag: €

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE23ZZZ00001258227
Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Förderverein St. Franziskus Krankenhaus und Seniorenzentrum e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Förderverein St. Franziskus Krankenhaus und Seniorenzentrum e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber/in:

IBAN:

BIC:

Kreditinstitut:

Unterschrift

Ort, Datum:

Unterschrift: _____

Bitte drucken Sie das ausgefüllte Formular aus und unterschreiben Sie es.