



## Beitrittserklärung

Ich erkläre meinen Beitritt zum Verein „Freunde des Krankenhauses Freilassing e.V.“:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

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.

### Einzugsermächtigung / Sepa-Lastschriftsmandat

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:

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Spendenkonto:

IBAN: DE59 7105 0000 0000 8099 13

BIC: BYLADEM1BGL bei der Sparkasse BGL

Gläubiger-ID: DE60ZZZ00000151373

Die Erklärung ist an oben genannte Adresse zu senden oder einem der Vorstandsmitglieder persönlich zu übergeben.