

Antrag auf Aufnahme in den Krankenhausförderverein

Mediroth

Mit diesem Schreiben beantrage ich zum nächst möglichen Termin die Aufnahme in Mediroth Krankenhaus-Förderverein des Rothenburger Krankenhauses e.V. Die Satzung des Vereines habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne sie hiermit an.

Anrede

Vorname

Name

Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

Land

Telefon

Fax

E-Mail-Adresse

Staatsangehörigkeit

Beruf

Ort/Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Ja, ich möchte dem Förderverein die Unterstützung des Rothenburger Krankenhauses so einfach wie möglich machen. Deshalb ermächtige ich Mediroth Krankenhaus-Förderverein des Rothenburger Krankenhauses e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Mediroth Krankenhaus-Förderverein des Rothenburger Krankenhauses 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.

Vorname

Name

Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

Bank oder Sparkasse

BIC

IBAN

Ort/Datum

Unterschrift
