

AUFNAHMEANTRAG FÜR FÖRDERNDE VEREINSMITGLIEDER



FREUNDES- UND
FÖRDERKREIS e.V.

Sauerlandklinik Hachen

Sauerlandklinik Hachen
Freundes- und Förderkreis e.V.
Siepenstraße 44 59846 Sundern

Fax: 02935/808-4951

Hiermit beantrage ich,

Name, Vorname: _____
Straße/Nr.: _____
Postleitzahl/Ort: _____
Geburtsdatum: _____
Telefon-Nr.: _____ E-Mail: _____

die Aufnahme in den Verein Sauerlandklinik Hachen Freundes- und Förderkreis e.V. als förderndes Vereinsmitglied ab dem _____ .

Ich möchte die gemeinnützige Arbeit mit dem folgenden Jahresbeitrag unterstützen:

Natürliche Personen:	Jährlicher Mindestbeitrag i. H. v.	35,00 €
	Jährlicher, individuell erhöhter Beitrag i. H. v.	_____ €
Juristische Personen:	Jährlicher Mindestbeitrag i. H. v.	100,00 €
	Jährlicher, individuell erhöhter Beitrag i. H. v.	_____ €

Datenschutzhinweis:

Die vorliegenden Daten werden ausschließlich im Rahmen der Betreuung Ihrer Mitgliedschaft vom Verein Sauerlandklinik Hachen Freundes- und Förderkreis e.V. erfasst bzw. verarbeitet.

Ort, Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat (wiederkehrende Zahlungen)

Gläubiger Identifikationsnummer: **DE56ZZZ00001905496** Mandatsreferenz: **Mitgliedsnummer**

Ich ermächtige den Sauerlandklinik Hachen Freundes- und Förderkreis e. V., Sundern-Hachen, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Sauerlandklinik Hachen Freundes- und Förderkreis 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, Nachname des Kontoinhabers: _____

IBAN: DE _ _ _ _ _

BIC: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____