

Ja, ich möchte Mitglied werden im Verein der Freunde und Förderer des Maria-Hilf-Krankenhauses e.V. Bergheim:

Name/Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ/Ort

Telefon/E-Mail

Ich bin bereit, jährlich einen Beitrag in Höhe von

Euro zu zahlen (mindestens 20,- Euro)

Die Zahlung erfolgt erstmalig in dem Monat, der auf den Beitritt folgt und anschließend jeweils am 15. Februar eines jeden Jahres. Bei Eintritt nach dem 1. Juli eines Jahres ist für das Beitrittsjahr nur der halbe Beitrag fällig. Die Mitgliedschaft kann ich mit einer Frist von 8 Wochen zum Ende eines Kalenderjahres kündigen. Eine Aufnahmebestätigung geht mir zusammen mit der Satzung zu.

Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE04ZZZ00001134991

Mandatsreferenz (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Verein der Freunde und Förderer des Maria-Hilf-Krankenhauses e. V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein der Freunde und Förderer des Maria-Hilf-Krankenhauses e. V. 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

IBAN

BIC

Datum

Unterschrift

Bitte den ausgefüllten Antrag im Krankenhaus abgeben, an 02271 66663 faxen oder einsenden an: Verein der Freunde u. Förderer des Maria-Hilf-Krankenhauses e. V., Klosterstraße 2, 50126 Bergheim