



Förderkreis Krankenhaus Oberstdorf e.V. – 1982

- Beitrittserklärung**
 Änderung der Mitgliedsdaten

Bitte gut leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen

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

- Mit meiner Unterschrift erkläre ich hiermit meinen Beitritt zum „Förderkreis Krankenhaus Oberstdorf e.V. – 1982“. Der Beitritt erfolgt mit Wirkung zum „Ort, Datum und Unterschrift“!

Der Mitgliedsbeitrag wird grundsätzlich im Januar des betreffenden Kalenderjahres bzw. mit Unterzeichnung der Beitrittserklärung fällig und kann nur durch/ per SEPA-Lastschrift gezahlt werden. Die Mitglieds-Nr. bzw. Mandatsreferenz-Nr. können Sie dem (ersten) Kontoauszug entnehmen. Bei Mitgliedsbeiträgen bis zu 200 €, gilt der Kto.-Auszug als Spenden-Nachweis gegenüber dem Finanzamt – eine Beitragsbescheinigung wird nur bei Mitgliedsbeiträgen über 200 € ausgestellt.

Ort, Datum

Unterschrift

Mein Beitrag beträgt jährlich

- 15,00 €** (= Mindestbeitrag)
 _____ € (= freiwillig höherer Beitrag)

Ermächtigung zum SEPA-Lastschriftmandat

Anmerkung: Aus organisatorischen Gründen kann der Beitrag nur per SEPA-Lastschrift gezahlt werden, eine Überweisung oder Bareinzahlung durch das Mitglied ist leider nicht möglich.
Die IBAN und BIC ihrer Bankverbindung finden Sie auf Ihren Kontoauszügen oder erfragen Sie bitte bei Ihrer Haus-Bank.

Hiermit ermächtige ich den „Förderkreis Krankenhaus Oberstdorf e.V. – 1982“, den fälligen Mitgliedsbeitrag von meinem oben genannten Konto per SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom „Förderkreis Krankenhaus Oberstdorf e.V. – 1982“ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Unsere Gläubiger-IdNr.: DE70ZZZ00000490208 erscheint auch auf Ihrem Kontoauszug, bei von uns veranlassten Lastschriften! Daneben erscheint Ihre Mitglieds-Nr. als Mandatsreferenz-Nr.

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.

Name der Bank: _____
IBAN: _____
BIC: (wenn Bank nicht in Deutschland ist) _____
Kto.-Inhaber: _____

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber