

Beitrittserklärung bitte bei Vorstandsmitgliedern oder an der Krankenhaus-Pforte abgeben

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum „**Kolping - Förderverein Krankenhaus und Seniorenzentrum Oberwesel e.V.**“ mit einem jährlichen Beitrag von:

€ _____ (Mindestbeitrag € 12,-)

Name

Vorname(n)

PLZ/Ort (nur wenn nicht Oberwesel)

Straße/Nr.

Datum



Unterschrift(en)

Ich stimme auch ausdrücklich der Speicherung und Verwendung meiner hier angegebenen Daten zu Zwecken des Kolping-Förderverein Krankenhaus und Seniorenzentrum Oberwesel e. V. zu.

SEPA Basis-Lastschrift Mandat

**Kolping - Förderverein Krankenhaus & Seniorenzentrum Oberwesel e. V. |
In der Brück 4 | 55440 Urbar (Oberwesel) | Gläubiger ID: DE02KFBV00000102074**

Ihre Mandatsreferenz entspricht Ihrer Mitgliedsnummer / Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Ich ermächtige / wir ermächtigen (A) den Kolping Förderverein, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von dem Kolping Förderverein auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Nachname des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Anschrift des Zahlungspflichtigen Straße / Haus - Nr. / PLZ / Ort

Name Kreditinstitut des Zahlungspflichtigen:

IBAN:

BIC:

Konto-Nr.:

BLZ:

rechtsverbindliche Unterschrift(en) des/der Auftraggeber(s):

