

# Förderverein Krankenhaus Pfarrkirchen e.V.

Gläubiger-ID: DE30ZZZ00001913045

## Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

die Mitgliedschaft im **Förderverein Krankenhaus Pfarrkirchen e.V.**

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift

Mir ist bekannt, dass der Mindest-Jahresbeitrag € 15,- beträgt und darüberhinaus auch höhere Beitragszahlungen bei Wahrung gleicher Rechte für alle Mitglieder möglich sind.

Ich bin damit einverstanden, dass der Mindest-Jahresbeitrag in Höhe von € 15,-(oder Betrag € ..... ) jeweils am 01.03. eines Jahres meinem Konto belastet wird.

**Hinweis:** Der Jahresbeitrag ist im Jahr des Beitritts sofort fällig, in den Folgejahren jeweils zum 01.03.

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) den **Förderverein Krankenhaus Pfarrkirchen e.V.** wiederkehrende Zahlungen (Jahresbeitrag) von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Förderverein Krankenhaus Pfarrkirchen e.V. 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.

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_  
Vorname, Name, Strasse, Hausnummer

\_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_  
Name der Bank des Zahlungspflichtigen

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ort, Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift des Zahlungspflichtigen/ Vereinsmitglieds

### per Post an:

(1. Vorsitzenden )

**Ludwig Einhellig**  
Maria-Ward-Ward-Str. 14  
84347 Pfarrkirchen

oder

(Schatzmeister)  
**Alfred Plank**  
Maria-Ward-Ward-Str. 23  
84347 Pfarrkirchen