Medizin und Menschlichkeit unterstützen - Helfen Sie mit!

Förderverein
Städtisches Krankenhaus Nettetal e.V.

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum „Förderverein Städtisches Krankenhaus Nettetal e.V.“ und verpflichte mich zur Zahlung eines Jahresbeitrages in Höhe von mindestens 25€. Die Mitgliedschaft ist jederzeit kündbar.

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

Ort: _____

Email: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Einzugsermächtigung:

Hiermit ermächtige ich Sie bis auf Widerruf, den von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag jährlich zu Lasten meines Kontos mittels Lastschriftverfahren einzuziehen.

Jahresbeitrag*: _____€ *Der Jahresmindestbeitrag beträgt 25€

Name, Vorname des Kontoinhabers: _____

IBAN BIC: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Sie können diese Beitrittserklärung per Mail an foerderverein@krankenhaus-nettetal.de schicken oder an der Information des Krankenhauses abgeben oder per Post an den Förderverein Städtisches Krankenhaus Nettetal e.V., Sassenfelder Kirchweg 1, 41334 Nettetal schicken.