

Förderverein für das Kreiskrankenhaus Emmendingen e.V.

Gartenstraße 44, 79312 Emmendingen
Tel. 07641 / 454-2621, Fax 07641 / 454-2520
E-Mail: foerderverein@krankenhaus-emmendingen.de



Antrag auf Mitgliedschaft

Name, Vorname

Firma / Institution

Straße / Nr.

PLZ / Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Geburtsdatum

Ort, Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Förderverein für das Kreiskrankenhaus Emmendingen e.V.

Gläubiger ID: DE23ZZZ00001421187

Mandatsreferenznummer (wird vom Förderverein eingetragen):

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Förderverein für das Kreiskrankenhaus Emmendingen e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Förderverein für das Kreiskrankenhaus Emmendingen e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Die Kontobelastung (Fälligkeitsdatum) des Jahresbeitrages in Höhe 24,00 € erfolgt am 01.03. (oder dem folgenden Geschäftstag) jeden Jahres, erstmalig zum 01. des Folgemonats des Beitrittsmonates. 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.

Bei unterjährigem Beitritt erfolgt die Anzeige der Erstlastschrift mit separatem Schreiben, ab dem folgenden Jahr am 01.03. (oder dem folgenden Geschäftstag) jeden Jahres.

Die Mitgliederinformation zum Datenschutz habe ich erhalten / liegt mir vor.

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Straße mit Hausnummer, PLZ und Ort des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Konto des Zahlungspflichtigen (IBAN):

Kreditinstitut des Zahlungspflichtigen (BIC):

Ort, Datum und Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Von diesem SEPA-Lastschriftmandat und dem Mitgliedsantrag erhält der Zahlungspflichtige (Kontoinhaber) eine Kopie.