

# Beitrittserklärung



Verein zur Förderung  
des Krankenhauses  
Schopfheim e.V.

1. Vorsitzende  
Dr. Dagmar Fuchs  
Hebelstraße 9  
79650 Schopfheim

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum  
Verein zur Förderung des Krankenhauses Schopfheim e.V.

Name:		
Straße und Hausnummer:		
PLZ / Ort		
Telefon:		
Geburtsdatum:		
email-Adresse		
Ort, Datum	Unterschrift	

SEPA-Lastschriftmandat		
Gläubiger- Identifikationsnummer:	DE02ZZZ00000241754	
Mandatsreferenz:	wird separat mitgeteilt	
Zahlungsart:	<input type="checkbox"/> einmalige Zahlung	<input type="checkbox"/> wiederkehrende Zahlung
<p>Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den Verein zur Förderung des Krankenhauses Schopfheim e.V. von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Der aktuell gültige Beitrag über 25,00 EUR wird jährlich zum 1. Dezember per Lastschrift eingezogen.</p> <p>Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die vom Verein zur Förderung des Krankenhauses Schopfheim e.V. auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschrift einzulösen.</p> <p>Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.</p>		
Kontoinhaber:		
IBAN:		
BIC:		
Land:	<input type="checkbox"/> Deutschland	oder (falls nicht Deutschland) <input type="checkbox"/>
Kreditinstitut:		
Ort, Datum	Unterschrift	