

■ Ich möchte Mitglied werden!

Den Mindest-Mitgliedsbeitrag von 25,- € jährlich
bitte ich von meinem Konto abzubuchen.

■ Ich möchte den Verein stärker fördern!

Und bitte Sie , – € Mitgliedsbeitrag
jährlich von meinem Konto abzubuchen.

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige/wir ermächtigen den Zahlungsempfänger „Förderverein Krankenhaus Aichach e. V.“, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger „Förderverein Krankenhaus Aichach e. V.“ auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: ich kann/wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE13 ZZZ0 0000 0526 97

Die Mandatsreferenz wird von der Mitgliederverwaltung vergeben.

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung.

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

E-Mail-Adresse

Telefon

Bank

BIC

IBAN

Datum

Unterschrift