

Mitgliederantrag Förderverein Krankenhaus Wermelskirchen e.V.

1. Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Förderverein Krankenhaus Wermelskirchen e.V.
Die Mitgliedschaft beginnt mit der Annahme des Antrags durch den Vorstand.

2. Persönliche Angaben

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße / Hausnummer: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon (optional): _____

E-Mail (optional): _____

3. Mitgliedsbeitrag

Der Mitgliedsbeitrag beträgt mindestens 2,00 € pro Monat (24,00 € pro Jahr).

Es besteht jedoch die Möglichkeit, freiwillig einen höheren Beitrag zu zahlen und damit die Arbeit des Vereins zusätzlich zu unterstützen.

Bitte kreuzen Sie den gewünschten Beitrag an:

24,00 € / Jahr _____ € (frei gewählter jährlicher Beitrag)

Der Beitrag wird einmal jährlich per SEPA-Lastschrift eingezogen.

Der erste Beitrag wird mit Eintritt für ein volles Jahr eingezogen.

Die Folgebeiträge werden jeweils zum 01. des Monats zu Beginn der neuen Jahresmitgliedschaft eingezogen.

4. Kündigung der Mitgliedschaft

Die Kündigung der Mitgliedschaft erfolgt schriftlich gemäß den Bestimmungen der jeweils gültigen Vereinssatzung.

Die gültigen Datenschutzinformationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie auf unserer Homepage: www.foederverein-khwk.de/Datenschutz

Erklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und die Kenntnisnahme der Datenschutzinformationen.

Ort / Datum: _____

Unterschrift: _____

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Förderverein Krankenhaus Wermelskirchen e.V.

Gläubiger-Identifikationsnummer:

Mandatsreferenznummer (Mitgliedsnummer):
(wird beides vom Verein vergeben)

Ich ermächtige den Förderverein Krankenhaus Wermelskirchen e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

Kontoinhaber

Name: _____

Straße / Hausnummer: _____

PLZ / Ort: _____

Bankverbindung

IBAN: _____

BIC: _____

Kreditinstitut: _____

Ort / Datum: _____

Unterschrift Kontoinhaber: _____