Förderverein Spital-Ehrenhof Ochsenfurt e.V.
97199 Ochsenfurt

Förderverein Spital-Ehrenhof Ochsenfurt e.V.
Vors. Siegfried Scheder, Saalhofgasse 9, 97199 Ochsenfurt

Beitrittserklärung

Name: …… Vorname: …… geb.: ……

PLZ / Wohnort: …… Straße: ……

Telefon: …… Email: ……

❑ **Einzel**mitgliedschaft (Jahresmitgliedsbeitrag 24,00 €)

❑ **Familien**mitgliedschaft (Jahresmitgliedsbeitrag 30,00 €)

Familienmitglieder (Partner / Kinder)

Name:…… Vorname: …… geb. ……

Name:…… Vorname: …… geb. ……

Name:…… Vorname: …… geb. ……

❑ **Förder**mitgliedschaft (Jahresmitgliedsbeitrag 40,00 €)

Name des Vereins / Firma / Institution ……..

……..

Hiermit erkläre ich (wir) meinen (unseren) Beitritt zum Förderverein Spital-Ehrenhof Ochsenfurt e.V. und erkenne(n) die Vereinssatzung und den Jahresmitgliedsbeitrag (§ 3 Abs. 3) an. Die Mitgliedschaft kann nur - unter Einhaltung einer vierteljährlichen Kündigungsfrist- zum Jahresende gekündigt werden. Die Kündigung bedarf der Schriftform.

SEPA-Lastschriftmandat für das SEPA-Basis Lastschriftverfahren

Zahlungsempfänger: **Förderverein Spital-Ehrenhof Ochsenfurt e.V.**
Unsere Gläubiger ID: **DE71ZZZ00001073354** Mandatsreferenznummer: **FVSpital**……..

Ich/Wir ermächtigen den Förderverein Spital-Ehrenhof Ochsenfurt e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Förderverein Spital-Ehrenhof Ochsenfurt e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: …….....……..

Kreditinstitut: ……

BIC: | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

IBAN: DE | _ | _ | | _ | _ | _ | _ | | _ | _ | _ | _ | | _ | _ | _ | _ | | _ | _ | _ | _ | | _ | _ |

…….. …….
Ort / Datum Unterschrift