



Ich sage JA zur Kreisklinik Mindelheim!

Name:	Vorname:
PLZ/Ort:	Straße:
Geb.:	Telefon:
E-Mail:	Fax:
Kontoinhaber:	Bankinstitut:
IBAN: Konto-Nr.:	BIC: Bankleitzahl:
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE11ZZZ00000845708	Mandatsreferenz: (wird vom Förderverein vergeben)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich möchte Mitglied des Fördervereins Kreisklinik Mindelheim e. V. werden.

Ich ermächtige den Förderverein Kreisklinik Mindelheim den Jahresbeitrag in Höhe von € (Mindest-Jahresbeitrag 25,00 €) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein Kreisklinik Mindelheim auf mein oben genanntes Konto gezogene Lastschrift, einzulösen.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Name und Wohnort (ohne Straße) im Mitgliederverzeichnis der Vereins-Internetseite aufgelistet wird.

Den Mitgliedsbeitrag werden wir jährlich zum 01. April einziehen.
Fällt dieser nicht auf einen Bankarbeitstag, erfolgt der Einzug am unmittelbar darauffolgenden Bankarbeitstag.

Ich möchte den Förderverein (gegen Erhalt einer Spendenquittung) mit einer einmaligen Spende über € unterstützen.

Ich ermächtige den Förderverein Kreisklinik Mindelheim die einmalige Spende von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein Kreisklinik Mindelheim auf mein oben genanntes Konto gezogene Lastschrift, einzulösen.

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

Ort/Datum Unterschrift

Förderverein Kreisklinik Mindelheim e. V. Bad Wörishofer Straße 44 87719 Mindelheim

Fax: 08261-797-7198

Mail: info@foerdereverein-kreisklinik-mindelheim.de Internet: www.foerdereverein-kreisklinik-mindelheim.de

Bankverbindung:

Genossenschaftsbank Unterallgäu eG

Sparkasse Memmingen-Lindau-Mindelheim

IBAN DE64 7316 0000 0004 0130 26

IBAN DE43 7315 0000 1001 4304 10

BIC GENODEF1MIR

BIC BYLADEM1MLM