

Beitrittserklärung

Frau Herr Firma

Nachname/Firmenbezeichnung

Vorname/Ansprechpartner bei Firmen

Straße, Haus-Nr./Postfach

PLZ, Ort

Telefon, Fax

E-Mail

Hiermit erkläre(n) ich/wir die Mitgliedschaft zum Förderverein Patienten und Mitarbeiter der Fachkliniken Wangen e.V. als förderndes Mitglied (Privatpersonen oder juristische Personen ohne Stimmrecht)

Ich/wir ermächtigen den Förderverein Patienten und Mitarbeiter der Fachkliniken Wangen e.V. per Lastschriftverfahren von folgendem Konto einzuziehen:

IBAN

Kontoinhaber

BIC

Kreditinstitut

Mitglieds/Förderbeitrag jährlich (mindestens EUR 20,00 bis EUR 100,00)

Abrechnungsmodus: jährlich

Das Formular zur Erteilung des Mandats SEPA Lastschriftverfahren wird Ihnen nach Beitritt zugesandt.

Ort, Datum

Unterschrift