

# 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 Fachkliniken Wangen e.V. als förderndes Mitglied (Privatpersonen und juristische Personen ohne Stimmrecht)

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

---

Kontonummer

Kreditinstitut

---

Bankleitzahl

Kontoinhaber

---

Mitglieds-/Förderbeitrag jährlich

(mindestens EUR 20,00 bzw. EUR 100,00 für juristische Personen)

Abrechnungsmodus (bitte ankreuzen)

vierteljährlich       halbjährlich       jährlich

---

Ort, Datum

Unterschrift