

Aufnahmeantrag



Name _____		Vorname _____	Geb.datum _____
PLZ _____	Wohnort _____	Straße, Hs.Nr. _____	
Telefon, privat _____	geschäftlich _____		
Mobiltelefon, privat _____	geschäftlich _____		
E-Mail, privat _____	geschäftlich _____		

Ich/Wir trete(n) hiermit den Förderverein St. Johannes Klinik und Rettungswache Auerbach i.d.OPf. e. V. bei.

Ich/Wir bin/sind mit der Speicherung meiner/unserer Daten nur zu Vereinszwecken einverstanden.

Ich/Wir bin/sind bereit, einen Jahresbeitrag von €zu leisten (Mindestbeitrag € 24,-). Die Einzugsermächtigung schließt eine Erhöhung oder Verringerung des Mindestbeitrags ein.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Förderverein „**St. Johannes Klinik und Rettungswache Auerbach i.d.OPf. e. V.**“, Gläubiger-Identifikationsnummer, DE89ZZZ00001247145, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein „St. Johannes Klinik und Rettungswache Auerbach i.d.OPf. e. V.“ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Vor- und Nachname des Kontoinhabers	
Straße und Hausnummer	PLZ und Ort
IBAN 20-stellig D E	
BIC 8 oder 11 Stellen 	
91275 Auerbach, den	

Unterschrift