

# Beitrittserklärung



zum „Verein zur Förderung des Gesundheitswesens an der St. Augustinus Krankenhaus GmbH e.V.“  
Sitz des Vereins: Renkerstraße 45 · 52355 Düren-Lendersdorf  
Vereinsregister: VR 1370 Amtsgericht Düren  
Tel. 02421 599-831 · Fax 02421 599-961  
E-Mail: foerderverein.lendersdorf@ct-west.de

## Erläuterungen und Informationen auf der Rückseite.

Hiermit erkläre ich den Beitritt zum „Verein zur Förderung des Gesundheitswesens an der St. Augustinus-Krankenhaus GmbH e.V.“

- ab 01. \_\_\_\_\_
- mit einem Jahresmindestbeitrag von 24,00 Euro
- mit einem Jahresbeitrag von \_\_\_\_\_ Euro
- die Zuwendung einer einmaligen Spende von \_\_\_\_\_ Euro

## Personalien

Zu- und Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Haus-Nr.): \_\_\_\_\_

Telefon (Vorwahl / Durchwahl): \_\_\_\_\_

Fax/E-Mail: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Hinweis: Für jede Person, Gesellschaft oder Firma bitte einen Vordruck ausfüllen.

### Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

#### 1. Einzugsermächtigung

Ich ermächtige den Förderverein am St. Augustinus Krankenhaus widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

#### 2. SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE23ZZZ00001835086 · Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Förderverein am St. Augustinus Krankenhaus, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein 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. Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Datum, Ort und Unterschrift des/ der Kontoinhaber: \_\_\_\_\_