

Ich möchte Mitglied des Fördervereins Krankenhaus Düren e.V. werden.



Name, Vorname

Straße

PLZ, Wohnort

e-Mail

Ort, Datum

Unterschrift

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich Sie bis auf Widerruf, den von mir zu entrichtenden **Mitgliedsbeitrag von 30,- € jährlich** zu Lasten meines Kontos mittels Lastschriftverfahren einzuziehen.

Möglich ist auch eine Einmalzahlung von 300,- € für die ersten 10 Mitgliedsjahre.

Bitte ziehen Sie 30,- € jährlich ein

Bitte ziehen Sie einmalig 300,- € ein

(Zutreffendes bitte ankreuzen).

Name, Vorname des Kontoinhabers

IBAN, BIC

Ort, Datum

Unterschrift