

Kliniken St. Elisabeth

So werden Sie Mitglied

Beitrittserklärung

Name, Vorname _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____

Hiermit trete ich dem Freundeskreis der Kliniken St. Elisabeth als Mitglied bei und erkenne dessen Satzung an.

Der Mitgliedsbeitrag im Jahr beträgt für:

- Privatpersonen 24 Euro
- Firmen und juristische Personen 60 Euro
- Familienmitgliedschaften 36 Euro

(Mitglied und Ehepartner = 2 Stimmen)

Bitte Namen und Geburtsdatum des zusätzlichen Mitgliedes angeben

Ich ermächtige den Freundeskreis der Kliniken St. Elisabeth, den Mitgliedsbeitrag von meinem

Konto Nr. _____

Bank _____

BLZ _____

Kontoinhaber _____

(falls abweichend vom Mitglied) abzubuchen

Unterschrift des Kontoinhabers

Ort, Datum

Unterschrift Mitglied

Spendenkonto: Raiffeisen-Volksbank Neuburg

IBAN DE 59 7216 9756 0000 9822 88 • BIC GENODEF1ND2