

Förderverein der Klinik für Kinder und Jugendmedizin des Elbe Klinikums Stade e.V.

Beitrittserklärung

Ich beantrage hiermit die Mitgliedschaft im Förderverein der Klinik für Kinder und Jugendmedizin des Elbe Klinikums Stade e.V..

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____
Telefon: _____ E-Mail: _____
Geburtsdatum: _____._____._____ Eintrittsdatum: _____

Der Jahresbeitrag beträgt Jährlich € 10,--.

Eine Kündigung ist jeweils zum Ende eines Geschäftsjahres möglich.

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats.

Die Entrichtung des Mitgliedsbeitrages erfolgt durch Bankeinzug regelmäßig am 1.1. eines jeden Jahres.

Zahlungsempfänger: Förderverein der Klinik für Kinder und Jugendmedizin e.V.
Loger Weg 11
21684 Stade

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE48ZZZ00000639596

Mandatsreferenz: Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige den Förderverein der Klinik für Kinder und Jugendmedizin des Elbe Klinikums Stade e.V., den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein der Klinik für Kinder und Jugendmedizin des Elbe Klinikums Stade 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.

Name des Kontoinhabers: _____

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort _____

IBAN: DE _____ BIC: _____

Name des Kreditinstitutes: _____

Ort, Datum

Unterschrift