

Förderverein Klinik Diepholz e.V.
c/o Stadt Diepholz
Rathausmarkt 1
49356 Diepholz



Antrag auf Mitgliedschaft

(Gläubiger-Identifikationsnummer: DE19KDH00000850414)

Durch eine Mitgliedschaft im Förderverein Klinik Diepholz e.V. möchte ich die Klinik Diepholz unterstützen und beantrage hiermit die Aufnahme in den Förderverein:

Vor- und Nachname _____
Geburtsdatum _____
Straße _____
PLZ / Wohnort _____
Telefon _____
E-Mail _____

Der aktuelle Mitgliedsbeitrag beträgt 25,- Euro pro Kalenderjahr.

Darüber hinaus bin ich bereit, einen Betrag von _____ €

jährlich einmalig

zu spenden. Ich bitte um Zusendung einer Spendenbescheinigung.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Förderverein Klinik Diepholz e.V. die o.g. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein Klinik Diepholz e.V. auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.ⁱ

Kontoinhaber _____
IBAN DE _____
BIC _____
Kreditinstitut _____

Ort, Datum

Unterschrift

ⁱ 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. Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die o.g. Mitgliedschaft. Der Einzug des Jahresbeitrages erfolgt immer im Monat März. Die Mandatsreferenznummer ist die Mitgliedsnummer, die Ihnen beim ersten Einzug mitgeteilt wird.