

**Verein zur Förderung
des St. Josef-Hospitals und des Hospizes St. Klara e.V.**
Hospitalstr. 45
53840 Troisdorf

Bankverbindung :
IBAN-Nr.: DE09 3706 0193 0020 5750 18
BIC-Nr.: GENODED1PAX

BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein zur Förderung des St. Josef-Hospital und des Hospizes St. Klara e.V.

Name

Vorname

Straße:

PLZ: Ort:

Tel. - Nr.

Geburtsdatum:

Ich bin bereit, jährlich einen Betrag in Höhe von (Mindestbetrag € 30,--)

€ _____

zu zahlen, und zwar erstmalig in dem Monat, der auf den Beitritt folgt, und anschließend jeweils am 20.02. jeden Jahres. Bei Eintritt nach dem 01.07. eines jeden Jahres ist für dieses Jahr nur ein halber Betrag fällig.

....., den
(Ort) (Datum) (Unterschrift)

Einzugsermächtigung für Lastschriftverfahren an:

Verein zur Förderung des St. Josef-Hospitals und des Hospizes St. Klara e.V.

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beträge von

€ _____

bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos

IBAN-Nr.:

BIC-Nr.:

mittels Lastschriftverfahren einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

....., den
(Ort) (Datum) (Unterschrift)

Falls Einzugsermächtigung nicht erwünscht, bitte diesen Passus streichen!