

An den
Förderverein St. Franziskus Krankenhaus
und Seniorenenzentrum e.V.
Graf-Siegfried-Str. 115
54439 Saarburg

oder per mail an a.ohs@kh-saarburg.de

Beitrittserklärung

Hierdurch erkläre ich meinen Beitritt zum Förderverein St. Franziskus Krankenhaus und Seniorenenzentrum e.V.

Name, Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

Telefon:

E-mail:

Jahresbeitrag: Einzelperson mind. 20,00 € oder [redacted] €

Jur. Person mind. 50,00 € oder [redacted] €

SEPA - Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE23ZZZ00001258227 Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Förderverein St. Franziskus Krankenhaus und Seniorenenzentrum e.V. Zahlungen von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Förderverein St. Franziskus Krankenhaus und Seniorenenzentrum 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. Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Kontoinhaber [redacted]

IBAN [redacted]

BIC [redacted]

Kreditinstitut [redacted]