

Krankenhaus-Förderverein Plettenberg e.V.

Ernst-Moritz-Arndt-Str. 15, 58840 Plettenberg

Telefon-Nr.: 02391 - 63260

Telefax-Nr.: 02391 - 63612

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich

Name, Vorname: _____

Straße, PLZ, Wohnort: _____

Geb.-Datum/-Ort: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

E-Mail: _____

die Mitgliedschaft im **Krankenhaus-Förderverein Plettenberg e.V.**

Die Mitgliedschaft beginnt am _____

Mir ist bekannt, dass der Mindest-Jahresbeitrag **€ 20,-** beträgt und darüber hinaus auch höhere Beitragszahlungen bei Wahrung gleicher Rechte für alle Mitglieder möglich sind.

O* Ich bin damit einverstanden, dass der Mindest-Jahresbeitrag in Höhe von € 20,- (oder Betrag €) jeweils am 01.03. eines Jahres meinem Konto belastet wird.

IBAN: _____

oder:

Kontonummer: _____

Bankleitzahl: _____

Name der Bank: _____

O* Ich werde den Jahresbeitrag in Höhe von € 20,- (oder Betrag €) jeweils bis zum 01.03. eines Jahres auf eines der unten angegebenen Konten des Fördervereins überweisen.

* Zutreffendes bitte ankreuzen

Hinweis: Der Jahresbeitrag ist im Jahr des Beitritts sofort fällig, in den Folgejahren jeweils zum 01.03.

Plettenberg,

(Unterschrift)

Bankverbindungen:

IBAN DE 45 4476 1534 2020 2021 00

IBAN DE 42 4585 1020 0071 2401 39

Volksbank im Märkischen Kreis eG

Vereinigte Sparkasse im Märkischen Kreis