Förderverein Salzachklinik Fridolfing e.V.

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen **Beitritt zum Förderverein Salzachklinik Fridolfing e.V.** mit sofortiger Wirkung.

Name: _____ Vorname: _____

Firma: _____ Tel.Nr. _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

_____ _____

Ort/Datum Unterschrift

SEPA – Lastschriftsmandat (Einzugsermächtigung)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE18ZZZ00000423341

Ich ermächtige den **Förderverein Salzachklinik Fridolfing e.V.** ab sofort bis auf Widerruf den festgelegten Jahresbeitrag (derzeit **10,-- Euro**) oder einen jährlichen Betrag i.H.v. _____**Euro** von meinem nachstehend bezeichneten Konto abzubuchen.

Außerdem bin ich damit einverstanden, dass eine **einmalige Spende** in Höhe von _____**Euro** von meinem nachstehend genannten Konto abgebucht wird.

Spendenbescheinigung: Bis 200,-- Euro (Stand: 09/2021) genügt die Vorlage des Kontoauszuges mit der Abbuchung, bei höheren Beträgen wird unaufgefordert eine Spendenbescheinigung übersandt.

Kontoinhaber: _____ **Geldinstitut:** _____

IBAN: |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_ |

BIC: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

_____ _____

Ort/Datum Unterschrift/Kontoinhaber

Diese Beitrittserklärung kann abgegeben werden bei:

Kassier: Hans Praxenthaler, Gartenweg 1, 83413 Fridolfing
Gemeindeverwaltung Fridolfing, Hadrianstr. 28, 83413 Fridolfing
Salzachklinik Fridolfing, Krankenhausstr. 1, 83413 Fridolfing

Bankverbindung: VR Bank Oberbayern Südost eG
IBAN: DE69 7109 0000 0005 7441 05 BIC: GENODEF1BGL **Mitglieds-/Mandats-Nr, |_____|**