

Verein der Freunde und Förderer des Kreiskrankenhauses Eggenfelden e.V.

An den

Verein der Freunde und Förderer des
Kreiskrankenhauses Eggenfelden e.V.
Simonsöder Allee 20

84307 Eggenfelden

Beitrittserklärung

Ich, Frau / Herr / Firma _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Mail-Adresse _____ Telefon _____

erkläre hiermit den Beitritt als Mitglied im

„Verein der Freunde und Förderer des Kreiskrankenhauses Eggenfelden e.V.“

Ich beauftrage den Verein, von meinem Konto, IBAN _____

bei der Bank _____, BIC _____

den Jahresbeitrag in der satzungsgemäßen Mindesthöhe von € 12,-

oder einen freiwilligen, höheren Jahresbeitrag von € _____,-

bis auf Widerruf abzubuchen.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____