

Förderverein St. Josef-Hospital Xanten e. V.
- Geschäftsstelle -
In der Hees 4
46509 Xanten
SEPA-Gläubiger-ID: DE2000000000146176

Mitglieds-Nr. /
SEPA-Mandatsreferenz:
*Eintragung erfolgt durch den
Förderverein!*

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Rufnummer

Beitrittserklärung

Ich trete hiermit dem Förderverein St. Josef-Hospital Xanten e. V. als Mitglied bei.

Meinen Mitgliedsbeitrag in Höhe von _____ EUR jährlich
(*Mindestbeitrag für natürliche Personen 16 EUR; für juristische Personen,
Institutionen 52,00 EUR*)

- überweise ich auf das Konto des Vereins bei der Sparkasse am Niederrhein,
IBAN: DE54354500001150022174; BIC: WELADED1MOR
- bitte ich, von meinem Konto mittels SEPA-Basislastschrift jeweils zum
15.07. des Beitragsjahres einzuziehen.

IBAN-Nr.: _____

Bank: _____ BIC: _____

Ich ermächtige hiermit
den Förderverein St. Josef-Hospital Xanten e.V., Zahlungen von meinem o.g. Konto
mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom
Förderverein St. Josef-Hospital Xanten e.V. auf mein Konto gezogenen Last-
schriften 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.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Der Verein verfolgt ausschließlich gemeinnützige Zwecke. Er ist durch Bescheinigung
des Finanzamtes Moers vom 12.05.1993 als unmittelbar gemeinnützigen Zwecken
dienend anerkannt.