

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre(n) ich/wir den Beitritt zum Förderverein
Krankenhaus für Naturheilweisen e.V. Heidenheim.

Die Mitgliedschaft ist nicht mit einer Beitragsverpflichtung
verbunden. Ich/wir sind aber bereit den Förderverein
finanziell zu unterstützen

mit einem Beitrag von _____ €

monatlich

Abbuchung

vierteljährlich

Dauerauftrag

jährlich

Überweisung

Vorname _____ Name _____

Straße/Haus-Nr. _____

PLZ /Ort _____

Telefon _____ Fax _____

E-Mail _____

Ich/wir bitte(n) um Abbuchung von meinem/unserem
Konto als Lastschrift, bis auf Widerruf

Name Kontoinhaber _____

IBAN _____

BIC _____

Kreditinstitut _____

Die Mitgliedschaft gilt jeweils für ein Kalenderjahr, wenn
nicht mit Monatsfrist vor Ende des Jahres gekündigt wird.

Spenden sind willkommen und steuerlich absetzbar.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____