

Solidarität wird in unserer Region großgeschrieben!

Wir möchten die Leistungsfähigkeit unseres Krankenhauses noch weiter vorantreiben. Und dafür brauchen wir jeden Einzelnen! Unterstützen Sie uns, indem Sie Mitglied werden. Schon mit einem Mindestbeitrag von 10 € jährlich können Sie mithelfen, Ihr Krankenhaus in Dillenburg dauerhaft zu fördern.

Beitrittserklärung:

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme als Mitglied des Dill-Kliniken-Förderkreis Dillenburg e.V.

Vorname, Name

Geburtsdatum

Straße / Nr.

PLZ / Ort

E-Mail

Ermächtigung zum Einzug von Mitgliedsbeiträgen

Hiermit ermächtige ich den Dill-Kliniken-Förderkreis Dillenburg e.V. widerruflich, den Jahresbeitrag von 10,00 € einmal im Kalenderjahr von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Dill-Kliniken-Förderkreis Dillenburg e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Höhe des Mitgliedsbeitrags: Euro

IBAN

BIC

Kontoinhaber

SEPA Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE81ZZZ00001412286

Sollte das angegebene Konto zum Zeitpunkt der Beitragseinziehung nicht die erforderliche Deckung aufweisen und entstehen dem Verein durch die Zahlungsverweigerung des kontoführenden Instituts Kosten, werde ich diese auf Anforderung unverzüglich erstatten.

Ich erkenne die Vereinssatzung in vollem Umfang an. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten in einer DV-Anlage gespeichert und ausschließlich für Vereinszwecke ausgewertet werden.

Ort / Datum Stempel / Unterschrift des Kontoinhabers