

Förderverein Klinikum Altmühlfranken e.V.
foerdereverein@klinikum-almuehlfranken.de
Albert-Schweitzer-Straße 90
91710 Gunzenhausen
Telefon +49 9831 / 52-2133
Fax +49 9831 / 52-2070



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich ab _____ meinen Beitritt als
Mitglied im Förderverein Klinikum Altmühlfranken e.V..

Vorname, Name

Straße, Hausnummer

PLZ und Ort

E-Mail

Telefon

Geburtsdatum

Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-ID des Vereins: DE29ZZZ00002510001

- JA, ich möchte Mitglied werden** und ermächtige den Förderverein Klinikum Altmühlfranken e.V. meinen **Mitgliedsbeitrag in Höhe von _____ Euro** (mind. 30 € Jahresbeitrag) wiederkehrend von meinem Konto

IBAN: DE_____

mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Informationen zum Zweck der Datenerhebung und -verarbeitung nach Artikel 12, 13 DSGVO finden Sie unter www.klinikum-almuehlfranken.de/foerdereverein.