

# AUFNAHMEANTRAG FÜR FÖRDERNDE VEREINSMITGLIEDER

Sauerlandklinik Hachen  
Freundes- und Förderkreis  
e.V. Siepenstraße 44  
59846 Sundern



**Fax: 02935/4951**

Hiermit beantrage ich,

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

Postleitzahl/Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

die Aufnahme in den Verein Sauerlandklinik Hachen Freundes- und Förderkreis e.V. als förderndes Vereinsmitglied ab dem \_\_\_\_\_ .

Ich möchte die gemeinnützige Arbeit mit dem folgenden Jahresbeitrag unterstützen:

Natürliche Personen:	Jährlicher Mindestbeitrag i. H. v.	35,00 €
	Jährlicher, individuell erhöhter Beitrag i. H. v.	_____ €
Juristische Personen:	Jährlicher Mindestbeitrag i. H. v.	100,00 €
	Jährlicher, individuell erhöhter Beitrag i. H. v.	_____ €

## Datenschutzhinweis:

Die vorliegenden Daten werden ausschließlich im Rahmen der Betreuung Ihrer Mitgliedschaft vom Verein Sauerlandklinik Hachen Freundes- und Förderkreis e.V. erfasst bzw. verarbeitet.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## SEPA-Lastschriftmandat (wiederkehrende Zahlungen)

Gläubiger Identifikationsnummer: **DE56ZZZ00001905496** Mandatsreferenz: **Mitgliedsnummer**

Ich ermächtige den Sauerlandklinik Hachen Freundes- und Förderkreis e. V., Sundern-Hachen, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Sauerlandklinik Hachen Freundes- und Förderkreis e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften 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.

Vorname, Nachname des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

IBAN: DE \_ \_ \_ \_ \_

BIC: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_