

# Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den

## **"Förderverein Bündnis Hospital Dinkelscherben/Zusmarshausen e.V."**

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

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

geb.am: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

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

Die Satzung des Fördervereins habe ich zur Kenntnis genommen.

(Veröffentlicht auf der Homepage: [hospital-dinkelscherben.de](http://hospital-dinkelscherben.de) bzw. einsehbar im Hospital)

**Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass die hier angegebenen personenbezogenen Daten, die allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses notwendig und erforderlich sind, auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben und gespeichert werden. Die Daten dürfen an Dienstleister des Vereins (z.B. Steuerberater) für Zwecke des Vereins weitergegeben werden.**

### **Erteilung einer Einzugsermächtigung u. eines SEPA-Basislastschrift-Mandats**

Mandatsreferenznummer. ....

(auszufüllen vom Förderverein Bündnis Hospital e.V.)

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein Bündnis Hospital 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

**jährlicher Mindest-Beitrag 16,05 €**

**freiwilliger Jahresbeitrag: \_\_\_\_\_ €**

Der Beitrag wird jeweils zum 16.05. eingezogen.

**Bankverbindung:** Vorname u. Name (Kontoinhaber): \_\_\_\_\_

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des gesetzl. Vertreters  
(bei Jugendlichen unter 18 Jahren)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Mitglieds

**Förderverein Bündnis Hospital Dinkelscherben-Zusmarshausen e.V. , Augsburg Str. 4-6, 86424 Dinkelscherben**  
1. Vorstand Josef Guggemos  
E-Mail: [info@hospital-dinkelscherben.de](mailto:info@hospital-dinkelscherben.de)  
[www.hospital-dinkelscherben.de](http://www.hospital-dinkelscherben.de)  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE41ZZZ00002197930

Raiffeisenbank Augsburg Land West eG  
DE56 7206 9274 0003 2016 00  
Amtsgericht Augsburg VR 202214