

Beitrittserklärung

Ich erkläre meinen Beitritt zum „Förderverein imland Klinik e.V.“, Lilienstraße 20-28
in 24768 Rendsburg

(Vor- und Zuname, geb. am)

(Straße)

(Postleitzahl)

(Wohnort)

(E-Mail)

Die Mitgliedschaft beginnt am _____

Es gilt die Satzung des „Fördervereins imland Klinik e.V.“.

Der Jahresbeitrag für Mitglieder beträgt mindestens 30,- €. Ich möchte den Förderverein mit
einem Jahresbeitrag von:

30 € 50 € 80 € 100 € 200 € _____ €

unterstützen.

Bankeinzugsermächtigung:

Ich ermächtige den „Förderverein imland Klinik e.V.“, den unten genannten Beitrag bis auf
Widerruf von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom
Förderverein auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Ich kann innerhalb von acht
Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Beitrages
verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Gläubiger-ID des „Fördervereins imland Klinik e. V.“: DE 15 000 00000 378678

IBAN _____

Bankverbindung _____

Falls kein Einzugsverfahren möglich ist, setzen Sie sich bitte mit der Geschäftsstelle des
Fördervereins über Ihre Beitragszahlung in Verbindung, Telefon-Nr. 04331-2000, oder
überweisen den gewählten und jederzeit änderbaren Jahresbeitrag von _____ €
auf das Girokonto des „Fördervereins imland Klinik e.V.“ IBAN DE 02 2105 0170 0000 0261
20 bei der Förde Sparkasse.

Mit der Erhebung, Speicherung und Nutzung der vorstehenden, personenbezogenen Daten
bin ich einverstanden. Meine Daten werden nur für die Zwecke des „Fördervereins imland
Klinik e. V.“ erhoben, gespeichert und genutzt. Die E-Mail-Adresse kann für den Versand von
Einladungen zur Mitgliederversammlung genutzt werden. Der Versand der Einladungen auf
elektronischem Wege steht in diesem Fall dem Postweg gleich.

(Datum)

(Unterschrift)