

## Beitrittserklärung

Ich trete hiermit als ordentliches Mitglied dem „Verein der Freunde der Kreisklinik Fürstenfeldbruck e.V.“ bei.

Den derzeitigen jährlichen Mitgliedsbeitrag von 31 € überweise ich

selbst auf das Vereinskonto bei der Sparkasse Fürstenfeldbruck  
IBAN: DE33700530700001055482  
BIC: BYLADEM1FFB

lasse ich durch Einzugsermächtigung überweisen

Spendenbescheinigungen über Spenden sowie den Mitgliedsbeitrag werden vom Verein ausgestellt.

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

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

\_\_\_\_\_  
**Datum, Unterschrift**

## Einzugsermächtigung

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

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Hiermit ermächtige/n ich/wir den Verein der Freunde der Kreisklinik Fürstenfeldbruck e.V., widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Girokontos durch Lastschrift einzuziehen.

\_\_\_\_\_  
IBAN des Zahlungspflichtigen

\_\_\_\_\_  
BIC des Zahlungspflichtigen

\_\_\_\_\_  
Kto.-Inhaber, wenn abweichend von Mitglied

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Mitglied

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber, wenn nicht identisch mit oben stehender Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Bearbeitungsvermerke des Vereins:

Eingang am \_\_\_\_\_ Daten erfasst \_\_\_\_\_