



Aufnahmeantrag /SEPA-Lastschriftmandat /Spenderklärung

Name

PLZ/Wohnort

Telefon privat

E-Mail

Vorname

Straße, Nr.

Telefon dienstlich

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Förderverein für Menschen im Krankenhaus Elmshorn e.V. . Gleichzeitig ermächtige ich den Förderverein, für die Dauer meiner Mitgliedschaft den fälligen Mindestbeitrag von zurzeit 30 € pro Person und Jahr oder _____ € pro Jahr (Betrag bitte selbst eintragen) von meinem unten genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Gläubiger-Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers: DE66 ZZZ 00000 152 817

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) _____

Name des Kontoinhabers

IBAN

Name des Geldinstituts

BIC

Ort /Datum

Unterschrift

Ich möchte den Förderverein für Menschen im Krankenhaus Elmshorn e.V. durch eine Spende in Höhe von _____ € unterstützen und überweise diesen Betrag auf das Konto bei der Sparkasse Elmshorn, **IBAN DE58 221 500 0000 0111 28 48, BIC NOLADE21ELH**

Ort /Datum

Unterschrift

Ausgefüllten Antrag bitte **per Post** an den Schatzmeister des Fördervereins für Menschen im Krankenhaus Elmshorn e.V., Herrn **Holger Niemann, Schulstr. 27, 25335 Elmshorn**

Oder per Mail an **info@foerderverein-krankenhaus-elmshorn.de**