Förderverein
Klinikum St.-Marien-Hospital
Lünen e.V.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger (Förderverein Klinikum St.-Marien-Hospital Lünen e.V.) Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger 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.

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung

_____
Name und Vorname des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

_____
Straße, Haus-Nr. des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

_____
PLZ, Ort des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐
IBAN

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
BIC

☐ Ich bin mit der Abbuchung des Jahresbeitrages einmal jährlich von oben genanntem Konto einverstanden

☐ Ich bin bereit, auch bei Eintritt in der zweiten Jahreshälfte den gesamten Jahresbeitrag zu leisten

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Die Mandatsreferenz, die Abbuchungstermine und das Abbuchungsverfahren erhalten Sie in einem gesonderten Schreiben.

Ihr Kontoauszug mit der Beitragsbelastung gilt als Beleg für das Finanzamt.
Die Ausstellung einer Spendenquittung erfolgt gerne ab einem Betrag von 200,00 €.

Aufnahmeantrag

_____
Name

_____
Vorname

_____
Straße, Haus-Nr.

_____
PLZ, Ort

_____
Telefon

_____
Telefax

_____
E-Mail

Ich trete dem Förderverein bei als:

☐ Privatperson 24,00 € / Jahr

☐ Juristische Person 50,00 € / Jahr

☐ mit einem freiwillig höheren Jahresbeitrag von _____ € / Jahr

Name des Zahlungsempfängers:
Förderverein Klinikum St.-Marien-Hospital Lünen e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers:
Altstadtstraße 23, 44534 Lünen

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE73ZZZ00001047516

Mandats-Referenz: _____
(wird vom Förderverein vergeben)