



Freundeskreis Elbe Klinikum Buxtehude e.V. / Am Krankenhaus1 /21614 Buxtehude

Beitrittserklärung

Nachname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	Jahresbeitrag	20,00 Euro
Straße	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum Verein Freundeskreis Elbe Klinikum Buxtehude e.V.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort	Datum	Unterschrift des Antragstellers

SEPA-Lastschrift-Mandat

Gläubiger-ID	<input type="text"/>	Mandatsreferenz	<input type="text" value="wird separat mitgeteilt"/>
IBAN	<input type="text"/>		
BIC	<input type="text"/>		
Bankname	<input type="text"/>		

Ich ermächtige den Verein Freundeskreis Elbeklinikum Buxtehude e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein Freundeskreis Elbe Klinikum Buxtehude 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. Dabei gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort	Datum	Unterschrift des Antragstellers