



Beitrittserklärung zum Förderverein Krankenhaus Maria Stern Remagen e.V.

Förderverein
Krankenhaus Maria Stern Remagen e.V.
Vorsitzender Lorenz Denn
Am Anger 1
53424 Remagen

.....
Name, Vorname

.....
Straße

.....
PLZ/Wohnort

.....
E-Mail-Adresse

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Förderverein Krankenhaus Maria Stern e.V. Ich kann meine Mitgliedschaft jederzeit ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist mit einer schriftlichen Austrittserklärung beenden.

Ich zahle einen jährlichen Beitrag in Höhe von: (mindestens € 24,00) Euro.

- Ich überweise den Beitrag bis zum 31. März des jeweiligen Jahres.
- Hiermit ermächtige ich den Förderverein Krankenhaus Maria Stern Remagen e.V., den zu entrichtenden Jahresbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen:

.....
IBAN

.....
BIC/Bank

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift