

Verein zur Förderung des St.-
Josef-Hospital Xanten e.V.
Geschäftsstelle
In der Hees 4
46509 Xanten



**VEREIN ZUR FÖRDERUNG
DES SANKT JOSEF-
HOSPITALS XANTEN E.V.**

Mitgliedschaftsantrag

Ich trete hiermit dem Verein zur Förderung des St. Josef-Hospital Xanten e. V. als Mitglied bei.

Name, Vorname:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Telefon:

Email:

Meinen Mitgliedsbeitrag in Höhe von Euro
(Mindestbeitrag 16 Euro bzw. Institutionen 52 Euro)

☐

bitte ich, zum 15. Juli eines jeden Kalenderjahres per SEPA-Basislastschrift von meinem folgenden Konto einzuziehen

IBAN:

BIC:

Ich ermächtige hiermit den Verein zur Förderung des St.-Josef-Hospital Xanten e.V., Zahlungen von meinem o.g. Konto mittels Lastschrift unter der GläubigerID DE2000000000146176 einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein St. Josef-Hospital Xanten 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. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

☐

überweise ich zum 15. Juli eines jeden Kalenderjahres auf das Konto des Vereins bei der Sparkasse am Niederrhein, IBAN: DE54354500001150022174; BIC: WELADED1MOR.

Girocode



Ort, Datum

Unterschrift

Hinweis:

Der Verein verfolgt ausschließlich gemeinnützige Zwecke. Er ist durch Bescheinigung des Finanzamtes Moers vom 12.05.1993 als unmittelbar gemeinnützigen Zwecken dienend anerkannt.