

BEITRITTSERKLÄRUNG



Freunde und Förderer
des Beckumer
Krankenhauses

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(Straße und Hausnummer)

(PLZ, Wohnort)

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein der Freunde und Förderer des Beckumer Krankenhauses e.V.

Ich ermächtige den Verein – bis zu meinem schriftlichen Widerruf – jährlich einen Mitgliedsbeitrag von (mind. 24,00 Euro) ----- Euro von meinem Konto.

(IBAN)

(BIC)

(Name Kreditinstitut)

per Lastschrift einzuziehen.

Ort, Datum

(Rechtsverbindliche Unterschrift)

Ansprechpartnerin bei Fragen ist:

Yvonne Dröge-Eßer
Tel.: 0151 65 125 482,
E-Mail: beratung@droege-esser.de

ST. ELISABETH-HOSPITAL
BECKUM

