

# Mitglied werden:

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

Name, Vorname

E-Mail

Straße

Postleitzahl

Wohnort

Mobilnummer

Ich ermächtige die Freunde und Förderer des  
Krankenhauses Gelnhausen e.V. den Jahresbetrag  
in Höhe von 72 € von meinem Konto mittels  
Lastschrift einzuziehen.

IBAN

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom  
Verein der Freunde und Förderer des Krankenhau-  
ses Gelnhausen e.V. auf mein Konto gezogenen  
Lastschriften einzulösen.

Datum

Unterschrift

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.