# Beitrittserklärung

Unterzeichnete(r) erklärt den Beitritt zum Freundeskreis der Klinik Kösching e.V.

..... ..... .....
Name Vorname Geburtsdatum

..... .....
PlZ Wohnort

..... .....
Straße Telefon

Der Jahresbeitrag beträgt **18 €**

..... .....
Ort, Datum Unterschrift

## Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschriften

Hiermit ermächtige ich sie stets widerruflich, den Mitgliedsbeitrag zum

**Freundeskreis Kösching e.V.**

bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Girokontos

.....
Geldinstitut

.....
IBAN

.....
Name des/der Kontoinhaber(s)

mittels Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein Konto die Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts (s.o.) keine Verpflichtung zur Einlösung.

..... .....
Ort, Darum Unterschrift

Spenden an den Freundeskreis des Klinik Kösching e.V. sind steuerlich abzugsfähig.

Die Spendenbescheinigung wird sofort, nachdem der Betrag gutgeschrieben wurde, zugeschickt.