

zur Mitgliedschaft im

Freundes-und Förderkreis der Klinikum Bad Bramstedt GmbH e. V. Oskar-Alexander-Straße 26 in 24576 Bad Bramstedt

Firma: _____ **Geb.-Datum:** _____

Vorname, Name: _____ **Straße:** _____

Wohnort: _____ **Telefon:** _____

E-Mail: _____

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Freundes- und Förderkreis der Klinikum Bad Bramstedt GmbH e.V. als Privatperson / als juristische Person . Mit meiner Unterschrift erkläre ich zugleich, dass ich die Satzung des Vereines anerkenne und den Mitgliedsbeitrag (Höhe von min. 30,- € p. a. für Privatpersonen / min.100,-€ p. a. für juristische Personen) bis zu meinem Ausscheiden aus dem Verein zahlen werde. Mir ist bekannt, dass der Vorstand nach § 7 der Satzung innerhalb eines Monats über meinen Antrag entscheidet. Über die Entscheidung des Vorstandes bekomme ich einen schriftlichen Bescheid.

Ort / Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Zahlweise des Beitrages:

Einzugsermächtigung

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften:

Hiermit ermächtige ich den Freundes- und Förderkreis der Klinikum Bad Bramstedt GmbH e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mit der

KTO-Nr.: _____ **BLZ:** _____

bei: _____ (genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstitutes)

durch Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des Kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort / Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Nur vom Freundes- und Förderkreis auszufüllen:

Eintrittsdatum: _____ **Beitrag fällig ab:** _____

Beitrag: _____ **Antrag bewilligt:** ja nein

Unterschrift: _____