



Beitrittserklärung

Ich erkläre meinen Beitritt zum „Förderverein Gesundheitsregion Freilassing e.V.“

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Geb.Datum: _____

Tel.Nr.: _____

E-Mail: _____

Ich verpflichte mich,

- a. einen Jahresbeitrag von _____ Euro zu zahlen (mindestens 15,00 Euro)
- b. eine freiwillige Aufnahme spende von _____ Euro zu zahlen.

Einzugsermächtigung / Sepa-Lastschriftsmandat

Ich ermächtige den „Förderverein Gesundheitsregion Freilassing e.V.“ widerruflich, die Jahresbeiträge in Höhe von _____ Euro und die o.a. einmalige Aufnahme spende zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen:

IBAN: _____

BIC: _____

Bank: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Spendenkonto:

IBAN: DE59 7105 0000 0000 8099 13

BIC: BYLADEM1BGL bei der Sparkasse BGL

Gläubiger-ID: DE60ZZZ00000151373

Die Erklärung ist an oben genannte Adresse zu senden oder einem der Vorstandsmitglieder persönlich zu übergeben.