Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich, den Beitritt zum
„Freundeskreis des Klinikums Konstanz e.V.“:

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

❑ Ich entrichte den Jahresbeitrag in Höhe von derzeit € 12,–

❑ Ich entrichte freiwillig einen höheren Beitrag
in Höhe von € _____

❑ Ich ermächtige den Freundeskreis des Klinikums Konstanz (Gläubiger-Identifikationsnummer DE47 ZZZ00000549113) mit meinem Namen und Vornamen als Mandatsreferenz Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Freundeskreis des Klinikums Konstanz auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Meine Bankdaten:

Bankinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

✘ Datum: _____

✘ Unterschrift: _____

BRIEFMARKE

Klinikum Konstanz
Freundeskreis des Klinikums Konstanz e.V.
Sekretariat Thoraxchirurgie
Mainaustraße 35
78464 Konstanz

Bitte Beitrittserklärung unterschrieben an uns per Post zuschicken.
Oder per Mail: freundeskreis@klinikum-konstanz.de

Noch eine Frage:
Durch wen sind Sie auf den Freundeskreis des Klinikums Konstanz aufmerksam geworden?