

Beitrittserklärung

Name _____

Vorname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____

E-Mail _____

Ich möchte Mitglied im Krankenpflege-Förderverein der Diakoniestation Biedenkopf werden mit einem jährlichen Förderbeitrag in Höhe von _____ €

Ich möchte Mitglied im Krankenpflege-Förderverein der Diakoniestation Biedenkopf werden mit einem halbjährlichen Förderbeitrag in Höhe von _____ €

Ich wünsche folge Zahlungsweise:

Überweisung/ Dauerauftrag

Einzugsermächtigung

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, den von mir zu entrichtenden Beitrag bei Fälligkeit mittels Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitut keine Verpflichtung zur Einlösung.

Konto-Nr. _____

Kreditinstitut _____

Bankleitzahl _____

Kontoinhaber _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____