

**Förderverein des  
Krankenhauses  
Waldkirchen e.V.**

Erlenhain 6  
94065 Waldkirchen  
Tel.: 08581/981-0  
Fax: 08581/981-125



## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Förderverein des Krankenhauses Waldkirchen.

Ich ermächtige Sie, den jeweils zu leistenden Jahresbeitrag (derzeit 15 €) bei Fälligkeit zu Lasten des Girokontos Nr. \_\_\_\_\_ bei der \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_ mittels Lastschrift einzuziehen.

Weist mein Konto die erforderliche Deckung nicht auf, besteht seitens der Bank keine Verpflichtung zur Einlösung. Diese Ermächtigung ist jederzeit widerrufbar.

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

\_\_\_\_\_  
(Straße, Hs-Nr.)

\_\_\_\_\_  
(PLZ, Wohnort)

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)