

## Beitrittsformular „Förderverein für das Stadtkrankenhaus Schwabach e.V.“

Ich möchte dem Förderverein für das Stadtkrankenhaus Schwabach e.V. beitreten:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass der Jahresbeitrag in Höhe von 30 Euro von folgendem Konto eingezogen wird:

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Kontonummer: \_\_\_\_\_

BLZ: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Unterschrift

Bitten senden Sie das ausgefüllte Formular per Post oder Fax an:

Dr. Thomas Donhauser  
Wittelsbacher Str. 6  
91126 Schwabach  
Tel: 09122/92 66 0  
Fax: 09122/92 66 2