

**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: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bitten senden Sie das ausgefüllte Formular per Post an:

Förderverein für das Stadtkrankenhaus Schwabach e.V.  
c/o Rechtsanwalt Oliver Blum  
Bahnhofstrasse 34  
91126 Schwabach