

Beitragsformular „Förderverein für das Krankenhaus Schwabach e.V.“

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

Name: _____

Vorname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Tel: _____

E-Mail: _____

Ich bin damit einverstanden, dass der Jahresbeitrag in Höhe von € 30 von folgendem

Konto eingezogen wird: Kontoinhaber: _____

Kontonummer: _____ IBAN:

_____ BIC:

_____, den _____ Ort

Unterschrift Bitten senden Sie das ausgefüllte Formular per Post an:

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