

Beitrittsformular „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 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 Krankenhaus Schwabach e.V.
c/o Rechtsanwalt Oliver Blum
Ludwigstraße 4
91126 Schwabach