

IG Starkes Marienhospital Papenburg-Aschendorf e.V.

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur:
„Interessengemeinschaft Starkes Marienhospital
Papenburg - Aschendorf e.V.“



Name, Vorname:

Firma, Ansprechpartner:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

Benutzungshinweis:
Sie können die Felder des
Formulars am Bildschirm
ausfüllen und anschließend für die
Unterschrift ausdrucken.

Mit meiner Mitgliedschaft erkenne ich die Satzung der oben näher bezeichneten Interessengemeinschaft an. Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben zu Verwaltungszwecken elektronisch gespeichert werden. Diese Daten dienen ausschließlich dem Eigengebrauch und werden Dritten nicht zugänglich gemacht. Der Beitrag wird jährlich abgebucht. **Freiwillige Spenden werden gerne entgegengenommen. Eine Spendenquittung ist bei unserem Kassenwart (kassenwart@starkes-mkh.de) erhältlich.**

Jahresmitgliedsbeitrag*): Euro

Ort	Datum	Unterschrift
-----	-------	--------------

Ermächtigung zum Beitragseinzug

Hiermit ermächtige ich die „**Interessengemeinschaft Starkes Marienhospital Papenburg-Aschendorf e.V.**“, die jeweils fälligen Mitgliedsbeiträge aus obiger Beitrittserklärung bis zum Widerruf von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Name der Bank:	<input type="text"/>
Bankleitzahl:	<input type="text"/>
Kontonummer:	<input type="text"/>
Kontoinhaber:	<input type="text"/>

Ort	Datum	Unterschrift der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers oder der / des Bevollmächtigten
-----	-------	---

Bitte ausgefüllt zurück per Mail an Info@starkes-mkh.de oder per Post an:
Interessengemeinschaft Starkes Marienhospital e.V., Dr. Hermann Kruthaup,
1. Vors., Am Heidekamp 39, 26871 Papenburg

*) Der Mindestmitgliedsbeitrag bei Einzelpersonen beträgt 12 Euro pro Jahr. Es bleibt dem Mitglied überlassen, einen höheren Beitrag zu entrichten.