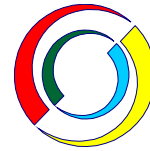


An den  
 Vorstand des Förderverein Mathilden-Hospital e.V  
 Herrn Elmar Welling  
 Alte Gasse 12  
 63654 Büdingen



### ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Name:		Vorname(n):	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Straße/Hausnummer:			
PLZ:	Wohnort:		
E-Mail:			
<small>Bitte unbedingt angeben, da hier unkompliziert Informationen versandt werden können!!</small>			
Ich willige ein, dass der Förderverein Mathilden-Hospital e.V. die erhobenen Daten für vereinsinterne Zwecke in einer EDV-gestützten Mitglieder- und Beitragsdatei speichert, verarbeitet und nutzt.			
Ort, Datum:		Unterschrift:	

### Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

**Der jährliche Beitrag beträgt derzeit nur 24 € im Jahr !**

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:	Name und Anschrift des Kontoinhabers:
Förderverein Mathilden-Hospital e.V. Alte Gasse 12, 63654 Büdingen	
Gläubiger-Identifikationsnummer	
DE 28 ZZZ 0000 1464844	
Mandatsreferenz: WIRD SEPARAT MITGETEILT	

Ich ermächtige den Förderverein Mathilden-Hospital e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Förderverein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name Kreditinstitut:	BIC Kreditinstitut:	IBAN:
		DE - -   - - - -   - - - -   - - - -   - -

oder BLZ: \_\_\_\_\_ Kontonummer: \_\_\_\_\_

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Instituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen. **Gebühren für zurückgewiesene Einzüge werde ich erstatten.**

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift

**Bankverbindung des Förderverein Mathilden-Hospital e.V.**  
**IBAN: DE 05 518 50079 0120 003 143**  
**BIC: HELADEF1FRI**