



Ja, ich bin dabei und unterstütze den Förderverein „Kreiskrankenhaus Mallersdorf“

mit dem Mindestbeitrag von

- 20,- € für Privatpersonen
- 50,- € für Organisationen, Vereine und Firmen
- mit einer jährlichen Summe von

_____ €

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefon/Fax _____

E-Mail _____

Sowohl einmalige Spenden als auch der Mitgliedsbeitrag sind steuerlich abzugsfähig. Gerne stellen wir eine Spendenquittung aus. ID-Nr.: DE65 ZZZ0 0000 3793 30.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/wir ermächtigen den Krankenhaus-Förderverein (Zahlungsempfänger), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber _____

IBAN _____

BIC _____

Datum, Unterschrift _____

In ein Kuvert stecken – und ab geht die Post an:

Förderverein „Kreiskrankenhaus Mallersdorf“
Klinik Mallersdorf, Krankenhausstraße 6
84066 Mallersdorf-Pfaffenberg

Vielen Dank!