

Beitrittserklärung

Ich erkläre meinen Beitritt in den
Freundes- und Förderkreis
Klinikum Ernst von Bergmann e. V.

 www.evb-freunde.de

Meine Angaben

Vorname, Name	_____
Firma	_____
Anschrift	_____
Telefon, Fax	_____
E-Mail	_____
Jährlicher Mitgliedsbeitrag	_____ € <i>Mindestbeitrag für Privatpersonen 60 € für Unternehmen 200 €</i>

Die Vereinssatzung erkenne ich an. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen der Vereinsverwaltung meine personenbezogenen Daten gespeichert und verarbeitet werden (§ 28 BDSG).

Datum, Ort	_____	Unterschrift	_____
------------	-------	--------------	-------

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Ich ermächtige „Freundes- und Förderkreis Klinikum Ernst von Bergmann e.V.“, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von „FFK EvB e.V.“ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsempfänger Freundes- und Förderkreis Klinikum Ernst von Bergmann e.V., Große Weinmeisterstr. 2, 14469 Potsdam

Gläubiger-ID DE97ZZZ00000162250

Mandatsreferenz *Eintragung durch den Verein – Wird Ihnen mitgeteilt.*

Zahlungspflichtige / r

Vorname, Name	_____		
Anschrift	_____		
IBAN	_____		
BIC	_____		
Datum, Ort	_____	Unterschrift	_____