

# Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein der Freunde und Förderer des Krankenhauses Gelnhausen e.V.

*Bitte senden Sie die  
Beitrittserklärung  
ausgefüllt an:*

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Straße

Postleitzahl, Wohnort

*Main-Kinzig-Kliniken  
Unternehmenskommuni-  
kation*

*Herzbachweg 14  
63571 Gelnhausen*

Der Jahresbeitrag in Höhe von 72,00 € kann von meinem Konto abgebucht werden.

Ich ermächtige die Freunde und Förderer des Krankenhauses Gelnhausen e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

IBAN

BIC

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein der Freunde und Förderer des Krankenhauses Gelnhausen e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Datum, Ort

Unterschrift

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.