

Beitrittserklärung für natürliche Personen

Zum Förderverein Flensburger Kliniken

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Förderverein Flensburger Kliniken

als Einzelperson als Paar/ Lebensgemeinschaft

Mitgliedsdaten

Vor- und Nachname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Datenschutzhinweise:

Der Verein erhebt, verarbeitet und speichert mit dem Beitritt diese Daten seiner Mitglieder, diese werden im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben zum Zweck der Mitgliederverwaltung, der Kommunikation und zu den in Satzung und Beitragsordnung formulierten Zwecken verwendet.

Die vorstehenden Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre mich einverstanden.

_____, den _____

(Unterschrift)

Zustimmung Lastschriftverfahren

Hiermit bevollmächtige ich den Förderverein Flensburger Kliniken von meinem Konto

Kontoinhaber _____

IBAN _____ BIC _____

Jahresbeitrag: _____

den fälligen Mitgliedsbeitrag mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Zahlungsart: wiederkehrende Zahlungen.

Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt derzeit für Einzelpersonen mindestens 30,00 Euro, für Paare/Lebensgemeinschaften mindestens 45,00 Euro.

Kündigung der Mitgliedschaft sind nur zum Jahresende möglich, wenn die schriftliche Kündigung vier Wochen vor Jahresende vorgelegen hat.

_____, den _____

(Unterschrift)