

Erklärung

Ja, ich/wir möchte/n die Arbeit des **Freundeskreises Krankenhaus Bad Oeynhausen e.V.** in folgender Weise unterstützen:



a) Spenden:

- Zahlung eines Einmalbetrages von ----- Euro
- Zahlung eines regelmäßigen Betrages von jährlich ----- Euro

b) Mitgliedschaft:

Hiermit beantrage/n ich/wir die Mitgliedschaft im **Freundeskreis Krankenhaus Bad Oeynhausen e. V.** und erkläre/n mich/uns widerruflich bereit, den Jahresbeitrag für den Freundeskreis Krankenhaus Bad Oeynhausen e. V. in Höhe von _____ Euro (*Mindestbeitrag z.Z. 30 Euro jährlich*) zu zahlen.

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ: Wohnort: _____

E-Mail: _____

Unterschrift des Spenders/Mitgliedes

Ich/wir wünsche/n die Teilnahme am SEPA-Lastschriftverfahren:

Hiermit ermächtige ich den Freundeskreis Krankenhaus Bad Oeynhausen e. V. als Zahlungsempfänger, den obengenannten Spendenbetrag bzw. den jeweils zu zahlenden Mitgliedsbeitrag bis auf Widerruf von folgendem Konto abzubuchen:

Name: _____

Bankinstitut: _____

IBAN: DE _____

_____, den _____

Unterschrift des Kontoinhabers

Bitte zurück an:

Freundeskreis Krankenhaus Bad Oeynhausen e.V.
c/o Sekretariat der Geschäftsführung
Krankenhaus Bad Oeynhausen
Wielandstr. 28, 32545 Bad Oeynhausen