

# Mitgliedschaft im Kolping-Förderverein Krankenhaus & Seniorenzentrum Oberwesel e.V.

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum „**Kolping – Förderverein Krankenhaus und Seniorenzentrum Oberwesel e.V.**“ mit einem jährlichen Beitrag von:

€ \_\_\_\_\_ (Mindestbeitrag € 12,-)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname(n)

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort

\_\_\_\_\_  
Straße/Nr.

\_\_\_\_\_  
Datum



\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en)

Beitrittserklärung bitte an der Pforte im Gesundheitscampus oder Seniorenzentrum abgeben oder in den Briefkasten der Stadtverwaltung Oberwesel einwerfen, oder auch einem Vorstandsmitglied abgeben.

## SEPA Basis-Lastschrift Mandat

**Kolping Förderverein Krankenhaus & Seniorenzentrum Oberwesel e. V.**  
**55430 Oberwesel – Hospitalgasse 11 / Gläubiger ID: DE02KFB00000102074**

*Ihre Mandatsreferenz entspricht Ihrer Mitgliedsnummer / Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung  
Ich ermächtige / wir ermächtigen (A) den Kolping Förderverein, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels  
Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von dem Kolping  
Förderverein 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.*

\_\_\_\_\_  
Vorname und Nachname des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Anschrift des Zahlungspflichtigen Straße / Haus - Nr. / PLZ / Ort

\_\_\_\_\_  
Name Kreditinstitut des Zahlungspflichtigen:

\_\_\_\_\_  
IBAN:

\_\_\_\_\_  
BIC:

\_\_\_\_\_  
rechtsverbindliche Unterschrift(en) des/der Auftraggeber(s):



-----