



Förderverein
Notfallmedizin
Bielefeld e.V.

www.notfallmedizin-bielefeld.de

Förderverein Notfallmedizin Bielefeld e.V.
c/o Hermann Rottmann
Huchzermeierstr. 15
33611 Bielefeld

Fax: 0521-32 92 875

Beitrittserklärung zum Förderverein Notfallmedizin Bielefeld e.V.

Hiermit erkläre ich,

Name: _____ Vorname: _____

Straße, Nr. _____

PLZ: _____ Ort: _____

Geb.Datum: _____ Email: _____ @ _____

meinen Beitritt zum Förderverein Notfallmedizin Bielefeld e.V.

zum (Termin): _____ Beitrag pro Jahr: _____ €

SEPA-Lastschrift-Mandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE69ZZZ00000336384

Ich ermächtige den o.g. Förderverein, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschriften einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom o.g. Förderverein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Mandatsreferenz (wir vom Förderverein vergeben): _____

Bank: _____ BIC: _____

IBAN: DE _____

Ort und Datum

Unterschrift