

Beitrittserklärung

Freundeskreis des Krankenhauses Agatharied e.V.

Norbert-Kerkel-Platz, 83734 Hausham, Tel.: 08026 393-3108, Fax 08026 393-2027, freundeskreis@khagatharied.de

Firma	_____		
Name	_____		
Vorname	_____	geb. am	_____
Straße	_____	PLZ/Ort	_____
Telefon	_____	Fax	_____
E-Mail	_____		

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Freundeskreis des Krankenhauses Agatharied e.V.

Ort, Datum Unterschrift

Hiermit ermächtige ich den gemeinnützigen Verein, folgenden aufgeführten Jahresbeitrag von (mind. € 50,00) _____
von meinem Konto einzuziehen.

Bank	_____		
BLZ	_____	Konto-Nr.	_____

Ort, Datum Unterschrift

Sie können unseren Freundeskreis auch zusätzlich durch Spenden unterstützen. Wir haben vom Finanzamt Rosenheim die Anerkennung der Gemeinnützigkeit erhalten, sodass Ihre Zuwendungen steuerlich abzugsfähig sind.

Kontoverbindung:

Freundeskreis des Krankenhauses Agatharied e.V.

Kreissparkasse Miesbach-Tegernsee

IBAN DE38 7115 2570 0008 4358 77

BIC BYLADEM1MIB

Bitte Verwendungszweck angeben: „Jahresbeitrag Freundeskreis des KH Agatharied“

Vielen Dank für Ihre Unterstützung

FREUNDENKREIS

KRANKENHAUS 
AGATHARIED

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Freundeskreis D. KH Agatharied E.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Norbert-Kerkel-Platz

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

83734 Hausham

Land / Country:

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

D E 0 2 Z Z Z 0 0 0 0 2 7 6 2 8 6

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

☒ Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment ☐ Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address*

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.
Note: If the debtor's IBAN starts with DE, the BIC is optional.

Ort / Location:

Miesbach

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:

manuell