



**Förderverein des  
Krankenhauses  
Norderney e. V.**

## **Beitrittserklärung**

Ich / Wir möchte(n) Mitglied werden im

### **Förderverein des Krankenhauses Norderney**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Jahresbeitrag:** \_\_\_\_\_

	Jahresbeitrag
<b>Mindestbeitrag</b> Einzelmitglieder:	60,00 €
Firmen usw.:	180,00 €

§ 4 Abs. 2 unserer Satzung:

Die Beiträge werden durch Bankeinzug bis zum 01. März für das laufende Jahr eingezogen. Zahlungen im angefangenen Jahr gelten für das Kalenderjahr. Den Jahresbeitrag bitte ich von meinem/unserem Konto bis auf Widerruf einzuziehen.

SEPA-Basislastschrift:

Die **Einzugsermächtigung** erteile ich mit untenstehender Unterschrift für das Konto:

Bank: \_\_\_\_\_

Konto-Nr.: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_

IBAN DE \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

- 1. Vorsitzender: Hans-Lothar Graw, Oderstraße 8, 26548 Norderney
- 2. Vorsitzender: Dr. Peter Oswald, Wilhelmstraße 5, 26548 Norderney
- Schatzmeister: Jochen Extra, Gartenstraße 58, 26548 Norderney

**Bankverbindung: IBAN DE75 2802 0050 8904 6437 00 BIC OLBODEH200XXX  
OLB Norderney Konto 890 46437 00, BLZ 280 200 50**