

# Unterstützen auch Sie unseren Förderverein für Hämatologie und Onkologie am Dreifaltigkeits-Hospital Lippstadt.

## Beitrittserklärung

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum »Förderverein für Hämatologie und Onkologie am Dreifaltigkeits-Hospital Lippstadt e.V.« – der Mindestbeitrag beträgt 15 Euro jährlich für natürliche Personen bzw. 30 Euro jährlich für juristische Personen. Höhere freiwillige Beträge werden dankend angenommen.

Mein Jahresbeitrag:                    15 Euro                    30 Euro                    \_\_\_\_\_ Euro

Firma (nur bei juristischer Person): \_\_\_\_\_

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

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Einzugsermächtigung mittels SEPA

Ich ermächtige den »Förderverein für Hämatologie und Onkologie am Dreifaltigkeits-Hospital Lippstadt e.V.«, den von mir zu entrichtenden Jahresbeitrag am 1. November jeden Jahres von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Förderverein gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

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

## Überweisung auf das Vereinskonto

Ich überweise meinen Mitgliedsbeitrag jährlich zum 1. November auf das Vereinskonto.

Bank: Sparkasse Lippstadt  
IBAN: DE22 4165 0001 0014 4133 63  
BIC: WELADED1LIP

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

