

Klinikum Konstanz
Freundeskreis des Klinikums Konstanz e.V.
Sekretariat Thoraxchirurgie
Mainaustraße 35
78464 Konstanz



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich, den Beitritt zum
„Freundeskreis des Klinikums Konstanz e.V.“:

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

E-Mail:

Ich entrichte den Jahresbeitrag in Höhe von derzeit € 12,-

Ich entrichte freiwillig einen höheren Beitrag
in Höhe von € _____

Ich ermächtige den Freundeskreis des Klinikums Konstanz
(Gläubiger-Identifikationsnummer DE47 ZZZ00000549113) mit
meinem Namen und Vornamen als Mandatsreferenz Zahlungen
von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Freundeskreis
des Klinikums Konstanz auf mein Konto gezogene Lastschriften
einzulösen.

Meine Bankdaten:

Bankinstitut:

IBAN:

BIC:

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit
dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags ver-
langen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten
Bedingungen.

Datum:

Unterschrift:

Bitte Beitrittserklärung unterschrieben an uns per
Post zuschicken oder per Mail an:
info@freundeskreis-klinikum-konstanz.de

Noch eine Frage:

Durch wen sind Sie auf den Freundeskreis
des Klinikums Konstanz aufmerksam geworden?

Datei per e-mail senden

Drucken...