

Beitrittserklärung für juristische Personen

Zum Förderverein Flensburger Kliniken



Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Förderverein Flensburger Kliniken
als juristische Person bzw. Firma/Körperschaft, Gewerbebetreibender

Mitgliedsdaten

Name/Firmierung: _____

Anschrift: _____

Vertreten durch: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Steuernummer: _____

Handelsregisternummer: _____

Datenschutzhinweise:

Der Verein erhebt, verarbeitet und speichert mit dem Beitritt diese Daten seiner Mitglieder, diese werden im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben zum Zweck der Mitgliederverwaltung, der Kommunikation und zu den in Satzung und Beitragsordnung formulierten Zwecken verwendet.

Die vorstehenden Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre mich einverstanden.

_____, den _____

(Unterschrift)

Zustimmung Lastschriftverfahren

Hiermit bevollmächtige ich den Förderverein Flensburger Kliniken von meinem Konto

Kontoinhaber _____

IBAN _____ BIC _____

Beitrag: _____ (Mindestbeitrag 90 Euro)

den fälligen Mitgliedsbeitrag mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Zahlungsart: wiederkehrende Zahlungen.

Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt für Firmen/Körperschaften derzeit mindestens 90 Euro.

Kündigung der Mitgliedschaft sind nur zum Jahresende möglich, wenn die schriftliche Kündigung vier Wochen vor Jahresende vorgelegen hat.

_____, den _____

(Unterschrift)

Die Adresse für die Rücksendung der Anmeldungen lautet:

Förderverein Flensburger Kliniken, Frau Brigitte Erichsen, Gewerbepark 12, 24983 Handewitt