



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

Beitrittserklärung

Ich / Wir möchte(n) Mitglied im

Förderverein des Krankenhauses Norderney

werden.

Name: _____ Vorname: _____

geb. am: _____

PLZ/Ort: _____ Straße: _____

Tel.: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Unterschrift: _____

Jahresbeitrag: _____

	Jahresbeitrag
Mindestbeitrag 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.

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

Bank: _____

Konto-Nr.: _____ BLZ: _____

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: OLB Norderney Konto 890 46437 00, BLZ 283 218 16