

Beitrittserklärung

c/o Klinikum Frankfurt Höchst, Gianina Zimmermann

Ich möchte das Klinikum Frankfurt Höchst unterstützen und bitte um Aufnahme als ordentliches Mitglied in den Förderkreis des Klinikums Frankfurt Höchst e.V.

Titel/Name/Vorname

Straße

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

☐ Ich bestätige, dass ich die Datenschutzhinweise auf der Website www.foerderkreis-klinikum-frankfurt-hoechst.de (s. Hinweise Bereich „Mitgliedschaft/Beiträge“) gelesen habe und erkläre mich damit einverstanden.

Bitte schicken Sie Ihre Beitrittserklärung per Mail an info@foerderkreis-klinikum-frankfurt-hoechst.de

An den
Förderkreis des Klinikums Frankfurt Höchst e.V.
Geschäftsstelle
c/o Klinikum Frankfurt Höchst
Gianina Zimmermann
Gotenstraße 6-8
65929 Frankfurt am Main

SEPA-Lastschriftsmandat

Gläubiger-ID: DE74ZZZ00001071942

Hiermit ermächtige ich den Förderkreis des Klinikums Frankfurt Höchst e.V., Gotenstraße 6-8, 65929 Frankfurt a.M., den Mitgliedsbeitrag in Höhe von derzeit 60 EUR mittels Lastschrift jährlich von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderkreis des Klinikums Frankfurt Höchst e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

PLZ/Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN

Datum, Ort und Unterschrift