

Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Förderverein **ORGELRAST e.V.**

Name:
Vorname:
Straße:
Ort:
Telefon:
Email:

Jahresbeitrag: (aktuell)

- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Privatpersonen | 30,00 € |
| <input type="checkbox"/> Familien | 50,00 € |
| <input type="checkbox"/> Firmen/Institutionen | 120,00 € |
| <input type="checkbox"/> Spende über den Jahresbeitrag hinaus | _____ € |

Ort, Datum:
Unterschrift:

Ich habe Interesse an einer Mitarbeit im Verein

- ja
 nein

Bankverbindung: Sparkasse Saarbrücken:

IBAN DE36 5905 0101 0000 7260 00

BIC SAKSDE55XXX

Info unter: www.caritasklinikum.de



des **CaritasKlinikums** Saarbrücken **St. Theresia** e. V.
Rheinstr. 2 66113 Saarbrücken

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE90ZZZ00000558330

SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger **Förderverein ORGELRAST** Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Förderverein ORGELRAST** auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart: **Wiederkehrende Zahlung**

Name, Vorname (Kontoinhaber)
Straße
PLZ, Ort
IBAN
BIC
Ort /Datum

Unterschrift Kontoinhaber

Bankverbindung: Sparkasse Saarbrücken:

IBAN DE36 5905 0101 0000 7260 00

BIC SAKSDE55XXX

Info unter: www.caritasklinikum.de