



## Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich

Name, Vorname: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

Geburtsdatum: .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

die Mitgliedschaft im **Verein der Freunde und Förderer des Elisabeth Klinikums Schmalkalden e.V.**

Jahresbeitrag:

Mitgliedsbeitrag: 24,00 €

Ermäßigter Mitgliedsbeitrag 12,00 €  
(Rentner/ Studenten/ Schüler/Schwerbehinderte)

Ich bin damit einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag jeweils am 01.03.eines Jahres meinem Konto belastet wird.

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name und BIC)

DE \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_  
IBAN

Ich werde den Mitgliedsbeitrag jeweils bis zum 01.03. eines Jahres auf das unten angegebene Konto des Vereins der Freunde und Förderer des Elisabeth Klinikums Schmalkalden überweisen.

**Hinweis: der Mitgliedsbeitrag ist im Jahr des Beitritts sofort fällig, in den folgenden Jahren jeweils zum 01.03.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Ges. Vertreter bei Minderjährigen