

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT:

Hiermit beantrage ich

Name, Vorname: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____
Geburtsdatum: _____
Telefon: _____
Email: _____

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

Jahresbeitrag:

- Mitgliedsbeitrag: 24,00 €
 Ermäßigter Mitgliedsbeitrag: 12,00 €
(Rentner, Schwerbehinderte)
 ohne Mitgliedsbeitrag: 0,00€
(Schüler, Auszubildende)
 Ich bin damit einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag jeweils am 01.03. eines Jahres meinem Konto belastet wird. Im Jahr des Eintritts wird er sofort fällig.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN: DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

- Ich werde den Mitgliedsbeitrag jeweils am 01.03. eines Jahres auf das angegebene Konto des Vereins der Freunde und Förderer des Klinikums Schmalkalden e.V. überweisen.

Ort, Datum, Unterschrift

UNSERE KONTAKTDATEN:

Verein der Freunde und Förderer des Elisabeth Klinikums e.V.

Eichelbach 9
98574 Schmalkalden

Tel: 0 36 83 - 64 51 00
Fax: 0 36 83 - 64 51 08

Webseite: www.elisabeth-klinikum.de
Email: info@elisabeth-klinikum.de

Bankverbindung:

Rhön-Rennsteig-Sparkasse Meiningen
IBAN: 88 8405 0000 1706 1958 49
BIC: HELADEF1RRS

Sollten Sie weitere Fragen haben, wenden Sie sich bitte jederzeit an uns!

Weiterführende Informationen über uns und unsere Arbeit erhalten Sie außerdem unter dem nebenstehenden QR-Code.



ELISABETH KLINIKUM
SCHMALKALDEN GMBH

VEREIN DER FREUNDE UND FÖRDERER DES ELISABETH KLINIKUMS SCHMALKALDEN E.V.

