

## Antrag auf Mitgliedschaft

**Förderverein für das Krankenhaus Sankt Josef, Buchloe e. V.**

86807 Buchloe, Hindenburgstr. 8

Tel.: 08241 2088 , E-Mail: [foerdervereinkhb@t-online.de](mailto:foerdervereinkhb@t-online.de)

Homepage: [www.foerdervereinkhb.de](http://www.foerdervereinkhb.de)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

*Anschrift:*

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mailadresse: \_\_\_\_\_

Eintritt am: \_\_\_\_\_

Der Förderverein versichert, dass der Umgang meiner personenbezogenen Daten stets im Einklang mit der Datenschutz-Grundverordnung erfolgt.

---

### **SEPA-Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung) Wiederkehrende Zahlungen** **Gläubiger-Identifikationsnummer: DE84ZZZ00000233876**

Ich ermächtige den Förderverein für das Krankenhaus St. Josef Buchloe Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die auf mein Konto bezogenen Lastschriften einzulösen. Meine Mitgliedsnummer ist gleichzeitig die Mandatsreferenznummer. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: DE \_\_\_\_\_

Jahresbeitrag: \_\_\_\_\_ € (Mitgliedschaft ab 6 € möglich)

Buchloe, den \_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller(in)

Mandats-Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_  
(Wird vom Verein vergeben)

---

**Förderverein für das Krankenhaus St. Josef, Buchloe e. V., Hindenburgstr. 8, 86807 Buchloe**

1. Vorsitzender Alois Schmalholz, 2. Vorsitzender Helmut Weiß, Schriftführer Franz-Josef Eitmann, Kassiererin Jutta Witten  
Bankverbindungen: VR Bank A-OAL eG DE44 7209 0000 0003 2352 97 , Sparkasse Buchloe DE30 7345 0000 0000 5917 84  
Amtsgericht Kempten (Allgäu), Registergericht, VR 11065, Finanzamt Kaufbeuren, Steuernummer 10.830.529