

Der Unterzeichnete erklärt hiermit seinen Beitritt zum Krankenhausmuseum Bielefeld e. V.

Name: _____

Vorname: _____

Geb. am: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Tel. _____

E-Mail: _____

☐ Registrierung meiner E-Mail-Adresse für den Newsletter-Versand

Jährlicher Mitgliedsbeitrag:

Einzelperson:

Firma/Institution:

☐ 12 € ☐ 24 € ☐ 36 € ☐ €

☐ 20 € ☐ 40 € ☐ 60 € ☐ €

Ort, Datum

Unterschrift

☐ **Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats**

Die Entrichtung des Beitrags erfolgt durch Bankeinzug regelmäßig am 15.12. eines jeden Jahres.

Zahlungsempfänger ist das Krankenhausmuseum Bielefeld e.V., Teutoburger Str. 50, 33604 Bielefeld, Gläubiger-Identifikationsnummer: DE25MIT00000392078.

Ich ermächtige das Krankenhausmuseum Bielefeld e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Krankenhausmuseum Bielefeld e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.

Vor- u. Nachname des Kontoinhabers: _____

IBAN: DE _____

BIC: _____

☐ **Den Jahresbeitrag überweise ich selbst.**

Zahlungsempfänger: Krankenhausmuseum Bielefeld

IBAN: DE18 4786 0125 4011 2189 00

BIC: GENODEM1GTL - Volksbank in Ostwestfalen eG

Ort, Datum

Unterschrift