

Aufnahmeantrag



engagiert – grenzenlos – schnell

Ich bitte um Aufnahme in den Förderverein
Medizinische Krisenhilfe Pirmasens e.V.

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____

E-Mail: _____ *

Telefon.: _____ * Mobil: _____ *

(*Diese Angaben sind freiwillig)

Als Mitgliedsbeitrag möchte ich jährlich zahlen: _____ Euro
(Mindestbeitrag 25 €)

Datum: _____ Unterschrift: _____

Ermächtigung zum Einzug der Forderung durch Lastschrift

Hiermit ermächtige ich den Förderverein Medizinische Krisenhilfe Pirmasens, den o.g. Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit von meinem Konto durch Lastschrift einzuziehen. (Gläubiger-ID: DE68ZZZ00002503867)

Name des Kontoinhabers: _____
IBAN: _____
BIC: _____
Kreditinstitut: _____

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Instituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Datum: _____ Unterschrift Kontoinhaber: _____

Postanschrift: Medizinische Krisenhilfe Pirmasens e.V., Pettenkoferstraße 22, 66955 Pirmasens

1.Vorsitzender: Benno Lutz
2.Vorsitzender: Dr. med. Patrick Lutz
AG Zweibrücken VR 30626

Telefon: 06331-714-1002
Telefax: 06331-714-1003
lutz@kh-pirmasens.de

Sparkasse Südwestpfalz Pirmasens
BIC: MALADE51SWP
IBAN: DE04 5425 0010 0000 102210
Gläubiger-ID: DE68ZZZ00002503867