

*Auch ich möchte gerne dabei sein!*

## Beitrittserklärung:

Name \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Ich trete dem Förderverein Krankenhaus Wedel e.V. ab dem..... ..

als Mitglied bei.

Ich bin bereit , einen Beitrag von € ..... im Quartal/Jahr zu zahlen.

Der **jährliche Mindestbeitrag** beträgt für Einzelmitglieder € 40; für Partner € 60 und für Firmen € 100.

---

Datum

Unterschrift

Bitte ausgefüllt und unterschrieben schicken an

**Förderverein Krankenhaus Wedel e.V.**  
**Holmer Str. 155**  
**22880 Wedel**

Bitte überweisen Sie den vereinbarten Beitrag auf das Vereinskonto mit der

**IBAN DE92221517300000070270.** (BIC: NOLADE21WED)

Gern ziehen wir den Beitrag auch mittels Lastschrift ein. Zur Erstellung des gemäß SEPA erforderlichen Mandatsvertrages benötigen wir lediglich Ihre IBAN(steht auf dem Kontoauszug).

