



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den Förderkreis für die Karl – Jaspers – Klinik e.V. .

Vorname, Name (Kontoinhaber) _____

Straße und Hausnummer _____

Postleitzahl und Ort _____

Kreditinstitut (Name und BIC) _____

IBAN DE _____

Als Beitrag zahle ich

- den Mindestbeitrag von 11 € jährlich
- € jährlich
- Einen Abdruck der Satzung habe ich erhalten.
- Ich bitte um einen Satzungsabdruck.
- Die persönliche Mandatsreferenznummer wird separat mitgeteilt.

SEPA - Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Förderkreis für die Karl – Jaspers – Klinik e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Förderkreis auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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.

Ort und Datum

Unterschrift

Förderkreis für die Karl-Jaspers-Klinik e. V.	Hermann Ehlers Str. 07	26160 Bad Zwischenahn
Landessparkasse zu Oldenburg	BIC: SLZODE22XXX	IBAN: DE 48 28050100 0000340240
Gläubigeridentifikationsnummer :	DE27ZZZ00001159312	