

Förderverein PRO Spital Bad Säckingen e. V.
Vogelsang 7, 79725 Laufenburg

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Firma: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel./Fax: _____

E-Mail: _____

Jahresbeitrag für:

- Einzelmitgliedschaft: € 10,-
- Familienmitgliedschaft: € 15,-
- höherer Beitrag € _____
- Spende € _____

Ich erteile dem Verein die widerrufliche Ermächtigung den Jahresbeitrag von meinem Konto einzuziehen.

IBAN:

Datum/Unterschrift des Kontoinhabers

Gläubiger Identifikationsnummer: DE61ZZZ00000111488 Mandatsreferenz: (wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt).