

Verein
Freunde und Förderer
Herz-Jesu-Krankenhaus Hiltrup e.V.

48165 Münster

**Anmeldung Mitgliedschaft
im Verein der Freunde und Förderer des Herz-Jesu-Krankenhauses e.V.**

Name _____ Vorname _____

Straße _____ Hausnummer _____

PLZ _____ Wohnort _____

Telefon _____ E-Mail _____

* Ich möchte Mitglied werden.

* Mein Beitrag beträgt _____ Euro/Jahr (*der Mindestbeitrag beträgt 25,00 Euro/Jahr*)

* Ich spende einmalig _____ Euro.

* Ich bitte um eine Zuwendungsbescheinigung (Spendenbescheinigung).

** zutreffendes bitte ankreuzen*

Einzugsermächtigung: Der Betrag soll von folgendem Konto abgebucht werden:

IBAN: _____

BIC: _____

Kontoinhaber _____

Datum _____ **Unterschrift** _____