

Anmeldung

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme in den Verein „Kunst- und Kulturverein am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier“

Name: _____

Vorname: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Datum | Unterschrift _____

Hiermit ermächtige ich widerruflich den Verein „Kunst- und Kulturverein am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier“ den von mir zu entrichtenden jährlichen Mindestmitgliedsbeitrag in Höhe von 20,00 € bei Fälligkeit abzubuchen.

IBAN/Konto Nr. _____

BIC/Name der Bank _____

Kontoinhaber _____

Ich kann die Mitgliedschaft zum Ende eines Kalenderjahres kündigen, wobei automatisch auch die Einzugsermächtigung erlischt.

Datum/Unterschrift _____