

Beitrittserklärung

An
Förderverein der
Städtisches Klinikum Wolfenbüttel gGmbH e. V.
Alter Weg 80
38302 Wolfenbüttel

Hiermit trete ich dem Förderverein der Städtisches Klinikum Wolfenbüttel gGmbH e. V. bei.

Die Mitgliedschaft beginnt am _____ und ist jederzeit kündbar.

Der Betrag beträgt jährlich 50,00 €.

- Der Betrag kann von meinem Konto

Nr. _____

BLZ _____

Geldinstitut _____

abgebucht werden.

- Ich werde den Jahresbeitrag auf das unten angegebene Konto überweisen.

(Vorname)

(Name)

(PLZ)

(Wohnort)

(Straße)

(Datum)

(Unterschrift)

Konto des Fördervereins der Städtisches Klinikum Wolfenbüttel gGmbH e. V.:

Volksbank Wolfenbüttel
Nr. 102 597 000
BLZ 270 925 55