

# Beitrittserklärung



Förderverein e.V.  
Städtisches Klinikum Wolfenbüttel

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

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

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  
IBAN: DE69 2709 2555 0102 5970 00  
BIC: DENODEF1WFV