

# Freundeskreis des Sankt Katharinen Krankenhauses e.V.

Seckbacher Landstraße 65, 60389 Frankfurt



Akademisches Lehrkrankenhaus der  
Goethe-Universität



|                   |         |                                |  |
|-------------------|---------|--------------------------------|--|
| Mitgliedsnummer   |         | - wird vom Verein ausgefüllt - |  |
| Anrede / Nachname |         | Vorname                        |  |
| Straße            |         | Hausnummer                     |  |
| PLZ               | Wohnort |                                |  |
| Telefon           |         | Mobil                          |  |
| eMail             |         | Geburtsdatum                   |  |

## Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

**Zahlungsempfänger:** Freundeskreis des Sankt Katharinen-Krankenhauses e.V.  
Seckbacher Landstraße 65, 60389 Frankfurt

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE68ZZZ00000424478

|                     |                                                                              |                                                       |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <b>Zahlungsart:</b> | <input type="checkbox"/> Überweisung<br><input type="checkbox"/> Lastschrift | <b>Mandatsreferenz -</b> Wird vom Verein ausgefüllt - |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|

Ich/wir ermächtige/n den Zahlungsempfänger widerruflich, den Betrag i.H. von



(Mindest-Jahresbeitrag für jedes Mitglied 40,00 €)

bei Fälligkeit von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich / wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

## Daten des Zahlungspflichtigen, bzw. des Kontoinhabers

Vor- und Nachname:

IBAN

BIC

Ort, Datum

Unterschrift/en des Zahlungspflichtigen und des Kontoinhabers

Sitz des Vereins ist Frankfurt am Main. Geschäftsstelle ist im Sankt Katharinen-Krankenhaus.

**Vorstand:** Vorsitzender Dr. med. Leonhard Fricke, stv. Vorsitzende Stefanie Peters, Schatzmeister Bernhard Trepczyk  
Beisitzer: PD Dr. med. Andreas Pape, Sr. Maria Goretti-Kirmes, Jutta van Acken-Schmitt