

# Freundeskreis des Sankt Katharinen-Krankenhauses e. V.



**SANKT KATHARINEN  
KRANKENHAUS**

Akademisches Lehrkranken-  
haus der Goethe-Universität



<b>Mitgliedsnummer</b>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<b>- wird vom Verein ausgefüllt -</b>
<input type="checkbox"/> Neuanmeldung	<input type="checkbox"/> Änderungsmeldung	<input type="checkbox"/> Erteilung einer Einzugsermächtigung

Nachname:	
Vorname:	
Straße:	Haus-Nr.:
PLZ / Wohnort:	
Telefon:	Fax:
eMail:	
Geburtsdatum:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich

**Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats**

**Zahlungsempfänger**  
 Name: Freundeskreis des Sankt Katharinen-Krankenhauses e.V.  
 Anschrift: Seckbacher Landstraße 65, 60389 Frankfurt am Main  
 Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE68ZZZ00000424478**

Zahlungsart:       Überweisung       Lastschrift

**Mandatsreferenz**            **- wird vom Verein ausgefüllt -**

**Einzugsermächtigung**  
 Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, den Betrag in Höhe von  

Euro

(Mindest-Jahresbeitrag für jedes Mitglied 30,00 Euro)  
 bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

**SEPA-Lastschriftmandat**  
 Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von Konto mittels Lastschrift einzuziehen. (B) Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein 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:
<b>IBAN</b> (max. 22 Stellen): D E
<b>BIC</b> (8 oder 11 Stellen):

Ort, Datum	Unterschrift/en des Zahlungspflichtigen und des Kontoinhabers
------------	---