

Verein der Freunde der Kreisklinik Wolfratshausen e.V.

Vereinsitz: Enzianweg 22, 82538 Geretsried

Beitrittserklärung

Vorname und Name

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Geburtsdatum

Hiermit erkläre(n) ich/wir meinen/unseren Beitritt in den Verein der Freunde der Kreisklinik Wolfratshausen e.V.

- als ordentliches Mitglied zum derzeit gültigen Jahresbeitrag von 30,- €
- als Fördermitglied zum Jahresbeitrag von _____ €
(Der Beitrag für Fördermitglieder beträgt mindestens 30,00 €. Der Verein bittet jedoch, die Vereinszwecke durch entsprechend höhere Zuwendungen zu fördern.)

Ich/Wir nehme(n) zur Kenntnis, dass der Jahresbeitrag sowie erbetene höhere Zuwendungen (Beiträge, Spenden, Sonderzuwendungen etc.) dem Vereinszweck zur Förderung der Kreisklinik Wolfratshausen dienen.

Der Verein ist durch Freistellungsbescheid vom 25.10.2024 des Finanzamtes Miesbach als gemeinnützig anerkannt und unter der Steuernummer 139/111/20318 registriert.

Alle Zuwendungen an den Verein sind daher steuerlich abzugsfähig.
(Gemeinnütziger Zweck: Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege)

Vereinskonto: Sparkasse Bad Tölz - Wolfratshausen
IBAN: DE19 7005 4306 0000 0422 42
BIC: BYLADEM1WOR

- Ich/Wir möchte/n ein Exemplar der Vereinssatzung.
- Mit der Weitergabe der Adresse an die Klinikverwaltung für Einladungen zu Veranstaltungen der Kreisklinik bin ich / sind wir einverstanden.

Datum, Ort und Unterschrift

Mandatsreferenz: _____

**Verein der Freunde der
Kreisklinik Wolfratshausen e.V.
z. Hd. Herrn Gerhard Hasreiter
Enzianweg 22
82538 Geretsried**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE55ZZZ00000099859

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Verein der Freunde der Kreisklinik Wolfratshausen e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Verein der Freunde der Kreisklinik Wolfratshausen e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Jahresmitgliedsbeitrag _____ €	⇒ Wiederkehrende Zahlung fällig am 15.02. des Jahres bzw. am darauffolgenden Werktag
Spende _____ €	⇒ Einmalige Zahlung
Sonderzuwendung _____ €	⇒ Einmalige Zahlung

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Datum, Ort und Unterschrift