



Mitgliedschaft - Beitrittserklärung

Herr / Frau / Firma _____

Straße _____

PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____

Telefon Nr.: (privat/dienstlich) _____

E-Mail _____

Ich beantrage ab dem _____ beim Kasteler Krankenhaus-Verein, Korporation, die Mitgliedschaft. Mit der Beantragung der Mitgliedschaft erkenne ich auch die jeweils gültige Satzung des KKV an.

Für meine Mitgliedschaft im **KKV zahle ich:**

... den **Mindestjahresbeitrag** in Höhe von zzt. **30,00 Euro**

... einen **freiwilligen Jahresbeitrag** in Höhe von Euro

Ort

Datum

Unterschrift Mitglied

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE80KKV00000838258

Mandatsreferenz: wird Ihnen mit der Mitgliedsbescheinigung zugesandt

Ich/Wir ermächtige/n den Kasteler Krankenhaus-Verein, Korporation, Zahlungen von meinem/unserem Konto, mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Kasteler Krankenhaus-Verein, Korporation, auf mein/unser Konto gezogene Lastschrift 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.

Name / Vorname _____

Straße _____

PLZ / Ort _____

IBAN _____

BIC _____

Kreditinstitut _____

Ort

Datum

Unterschrift Kontoinhaber