



FÖRDERVEREIN

**BARMHERZIGE
BRÜDER**

REGENSBURG

Bitte
ausreichend
frankieren

An den
Verein zur Förderung des Krankenhauses
der Barmherzigen Brüder Regensburg
und der Palliativarbeit e.V.
Prüfeninger Straße 86
93049 Regensburg

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein zur Förderung des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Regensburg und der Palliativarbeit e.V.

Name	Titel	Vorname
------	-------	---------

Straße

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

Geburtsdatum	Geburtsort
--------------	------------

Beruf

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Abbuchungsauftrag

Ich bin damit einverstanden, dass der jährliche Beitrag von 50 Euro für den Verein zur Förderung des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Regensburg und der Palliativarbeit e.V. von meinem Konto abgebucht wird. Die Ermächtigung gilt bis zu meinem schriftlichen Widerruf.

Adresse wie nebenstehend

Name	Titel	Vorname
------	-------	---------

Straße

PLZ/Ort

IBAN	BIC
------	-----

Bank

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------