

Antrag zur Aufnahme

in den Freundeskreis der HELIOS Klinik Müllheim e.V., Heliosweg 79379 Müllheim

Ich beantrage hiermit meine Mitgliedschaft im Freundeskreis der HELIOS Klinik Müllheim e.V. und verpflichte mich zur Zahlung des durch die Satzung vorgesehenen Mitgliedsbeitrages. Die Beitragszahlung erfolgt bargeldlos, in der Regel durch SEPA-Lastschriftmandat. Ich erkenne durch meine Unterschrift die Satzung des Freundeskreises an und **willige gemäß § 4 Abs. 1 BDSG in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der in § 3 Abs. 2 der Benutzungsordnung beschriebenen personenbezogenen Daten ein.**

Die Mitgliedschaft ist schriftlich bis zum 30. September eines Jahres für das Folgejahr zu kündigen.

Vorname und Name

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefon

E-Mail

Geburtsdatum

Jahresbeitrag: 15,- Euro

Ort, Datum, Unterschrift des Antragsstellers

SEPA-Lastschriftmandat

Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer: DE61FHK00001415556

Ihre Mandatsreferenz erhalten Sie nach Antragsannahme.

Erster Einzug erfolgt nach Eingang des Antrages, danach erfolgt der Einzug der Lastschrift satzungsgemäß jeweils immer zum 20.01. eines jeden Jahres. Hiermit ermächtige ich den Freundeskreis der HELIOS Klinik Müllheim e.V. den jährlichen Mitgliedsbeitrag von meinem nachfolgend aufgeführtem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Freundeskreis der HELIOS Klinik Müllheim e.V. auf mein Konto gezogene 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.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Name des Kreditinstituts

BIC

IBAN: DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Datum, Ort, Unterschrift des Kontoinhabers

Bitte zurücksenden an:

**Freundeskreis der
HELIOS Klinik Müllheim e.V.**
Heliosweg
79379 Müllheim