

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum  
„Förderverein Mathilden-Hospital e.V.“

Name*	<input type="text"/>
Vorname*	<input type="text"/>
Strasse*	<input type="text"/>
PLZ*	<input type="text"/>
Wohnort*	<input type="text"/>
Geburtstag	<input type="text"/>

Meinen monatlichen Beitrag von (mind. 2.- €)

EURO\*

soll von meinem Konto einmal jährlich im  
Voraus abgebucht werden

Kontonummer*	<input type="text"/>
Bankleitzahl*	<input type="text"/>

Die Beitragspflicht beginnt mit dem Beitragsmonat.

Mit \* versehene Angaben unbedingt erforderlich !