Verein der Freunde und Förderer
des Elisabeth Klinikums Schmalkalden e.V.

ELISABETH KLINIKUM
SCHMALKALDEN GMBH

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich

Name, Vorname: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

Geburtsdatum: .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

die Mitgliedschaft im **Verein der Freunde und Förderer des Elisabeth Klinikums Schmalkalden e.V.**

Jahresbeitrag:

☐ Mitgliedsbeitrag: 24,00 €

☐ Ermäßigter Mitgliedsbeitrag 12,00 €
(Rentner/ Studenten/ Schüler/Schwerbehinderte)

☐ Ich bin damit einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag jeweils am 01.03.eines Jahres meinem Konto belastet wird.

_____
Vorname und Name (Kontoinhaber)

_____
Straße und Hausnummer

_____
Postleitzahl und Ort

_____ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _
Kreditinstitut (Name und BIC)

D E _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _
IBAN

☐ Ich werde den Mitgliedsbeitrag jeweils bis zum 01.03. eines Jahres auf das unten angegebene Konto des Vereins der Freunde und Förderer des Elisabeth Klinikums Schmalkalden überweisen.

Hinweis: der Mitgliedsbeitrag ist im Jahr des Beitritts sofort fällig, in den folgenden Jahren jeweils zum 01.03.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift

_____
Ges. Vertreter bei Minderjährigen

Sitz
Eichelbach 9
98574 Schmalkalden

Kommunikation
T 03683/645 0
www.elisabeth-klinikum.de

Vorstandsvorsitzender
RA Kosima Kassner

Rhön-Rennsteig-Sparkasse
Meiningen
IBAN DE88 8405 0000 1706 1958 49
BIC HELADEF1RRS