

# FÖRDERVEREIN

## des Cura Krankenhauses Bad Honnef



Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Förderverein des Cura Krankenhauses Bad Honnef

IBAN des Fördervereins DE94 3705 0299 0000 1066 82

Gläubiger-ID DE96ZZZ00000289241

### IHRE DATEN

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

Bank

IBAN

Kontoinhaber

BIC

**Ich zahle folgenden Jahresbeitrag**  
(bitte ankreuzen bzw. Betrag eintragen)

Mindestbeitrag  
30,00 EUR

Mitarbeiterbeitrag  
15,00 EUR

freiwillig mehr

Datum, Unterschrift

#### ERTEILUNG EINER EINZUGSERMÄCHTIGUNG UND EINE SEPA-LASTSCHRIFTMANDATS

**Einzugsermächtigung:** Ich ermächtige Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem oben genannten Konto einzuziehen.

**SEPA-Lastschriftmandat:** Ich ermächtige Sie, von meinem oben genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein der CURA Einrichtungen gezogenen 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.

**Übrigens: Spenden und Mitgliedsbeiträge sind steuerbegünstigt!**

**Cura Krankenhaus**

eine Betriebsstätte der  
GFO Kliniken Bonn