



## Mitgliedschaft - Beitrittserklärung

Herr / Frau / Juristische Person \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefon Nr.: (privat) \_\_\_\_\_

eMail – Privat / geschäftlich (freiwillig) \_\_\_\_\_

Ich / Wir beantrage/n ab dem \_\_\_\_\_ beim Kasteler Krankenhaus-Verein (**KKV**), Korporation, die Mitgliedschaft. Mit der Beantragung der Mitgliedschaft erkenne/n ich / wir auch die jeweils gültige Satzung des **KKV** an. Juristische Personen (z.B. Vereine) müssen mit dem Mitgliedsantrag die jeweilige Vertretungs- und somit stimmberechtigte Person – und auch soweit sich diese während der Mitgliedschaft ändert, grundsätzlich schriftlich dem **KKV** gegenüber benennen.

Grundsätzliche Änderungen meiner Daten zeige ich dem **KKV** unverzüglich an.

Für meine / unsere Mitgliedschaft im **KKV** zahle ich / zahlen wir:

... den **Mindest-Mitglieds-Jahresbeitrag von z.Zt. 36,00 €** (in Worten: sechsunddreißig Euro)

... einen **freiwilligen Mitglieds-Jahresbeitrag** in Höhe von ..... Euro)

**Hinweis:** der übersteigende Mindest-Mitglieds-Jahresbeitrag ist steuerrechtlich als Spende zu betrachten. Eine angeforderte Bescheinigung durch das Mitglied wird dies entsprechend ausweisen.

\_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift Mitglied

### SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE80KKV00000838258

Mandatsreferenz: wird Ihnen mit der Mitgliedsbescheinigung zugesandt

Ich / Wir ermächtige/n den Kasteler Krankenhaus-Verein (**KKV**), Korporation, vorgenannten jährlichen Mitgliedsbeitrag von meinem / unseren Konto, mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich / weisen wir mein / unser Kreditinstitut an, die vom (**KKV**) auf mein / unser Konto gezogene Lastschrift 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.

Name/Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift Kontoinhaber