
Name, Vorname

PLZ, Wohnort

Straße

Datum

Förderverein Krankenhaus St. Goar
z.Hd. Herrn Walter Mallmann
Am Burggraben 3

56329 St. Goar



**Bitte ausfüllen
und zurücksenden**

Einzugsermächtigung

Sie werden hiermit bis auf Widerruf ermächtigt, den jährlich zu zahlenden Mitgliedsbeitrag (zurzeit 12 Euro) für den Förderverein Krankenhaus St. Goar e.V. von dem nachstehend bezeichneten Konto einzuziehen.

Bankleitzahl	Kein Sparkonto angeben!
Geldinstitut	
Kontoinhaber/-in	
Kontonummer	

Unterschrift des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin