

# Antrag auf Mitgliedschaft

## Freundeskreis Hospitalhof e.V.



Ich möchte das Evangelische Bildungszentrum Hospitalhof Stuttgart unterstützen und als Mitglied im Verein Freundeskreis Hospitalhof e.V. aufgenommen werden.

Meine Mitgliedschaft soll beginnen im Jahr \_\_\_\_\_ .

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Freundeskreis Hospitalhof e.V. widerruflich, meinen Mitgliedsbeitrag von mindestens 35,00 Euro (Privatpersonen) bzw. von 250,00 Euro (Institutionen) von meinem Konto durch Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Freundeskreis Hospitalhof e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Betrag jährlich \_\_\_\_\_ Euro

Name Bank \_\_\_\_\_

IBAN - - - - -

BIC - - - - -

Kontoinhaber\*in \_\_\_\_\_  
(falls abweichend von den obigen Angaben)

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

### **Freundeskreis Hospitalhof e.V. Büchsenstraße 33, 70174 Stuttgart**

Gläubiger-Identifikationsnummer DE26 ZZZ0 0000 0695 35

Ihre Mandatsreferenznummer wird Ihnen mit der Vorabankündigung zum tatsächlichen Lastschrifteinzug mitgeteilt.

Bitte beide Seiten des Antrags ausdrucken, ausfüllen  
und unterschrieben senden an:

**Freundeskreis Hospitalhof e.V.  
c/o Evang. Bildungszentrum Hospitalhof Stuttgart  
Büchsenstr. 33  
70174 Stuttgart**