# Verein Seelenvogel zur Förderung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Main-Kinzig-Kliniken gGmbH

Verein Seelenvogel e.V., z.Hd. Frau Andrea Wagner, Kurfürstenstraße 17,36381 Schlüchtern

Tel.: 0157 36576359

## Beitrittserklärung / Spendenerklärung

Name: …….. Vorname: ……..……

Straße: …… Wohnort: ……...

Telefon: …… Beruf: (freiwillig)……

Eintrittsdatum: ……

☐ Als jährlichen Mitgliedsbeitrag zahle ich 25,00 Euro

☐ Ich zahle einen reduzierten jährlichen Mitgliedsbeitrag von …….. Euro

☐ Ich zahle freiwillig einen höheren jährlichen Mitgliedsbeitrag von …….Euro

☐ Als einmalige Spende zahle ich …….Euro

…….. ……..
(Unterschrift)

Volks- und Raiffeisenbank Schlüchtern

IBAN DE23530 613 130 002 269 023

BIC GENODE51SLU

Mitgliedsbeiträge/Spenden sind steuerlich absetzbar.

Spendenquittungen werden ab 100 Euro ausgestellt.

Anderweitig genügt der Bankbeleg.

…… … … … ……

## Ermächtigung zum Beitragseinzug durch Lastschriftverfahren

Hiermit ermächtige ich widerruflich den „Seelenvogel“ Verein zur Förderung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Main- Kinzig-Kliniken gGmbH am Krankenhaus Schlüchtern, Kurfürstenstraße 17, 36381 Schlüchtern, bei Fälligkeit die vereinbarten Beiträge zu Lasten meines

Girokontos IBAN …….…….....

bei: ……einzuziehen.
(Name des Kreditinstitutes)

Name und Anschrift ……..……..

……

……

Datum /Unterschrift ……

Die Daten werden in der EDV erfasst und nur für den Verein verwendet.
Deshalb bitten wir Sie, jede Änderung der für uns wichtigen Daten mitzuteilen. Vielen Dank!