

## Förderverein Fohlenhof e. V.

Krankenhausstr. 1

86989 Steingaden

vorstand.foerderverein@fohlenhof-steingaden.de



### Beitrittserklärung

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Telefon Festnetz: \_\_\_\_\_

Telefon Mobil: \_\_\_\_\_

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

Ja, ich möchte Mitglied im Förderverein Fohlenhof Steingaden e. V. werden.

Mein jährlicher Förderbeitrag beträgt: \_\_\_\_\_  
(Mindestbeitrag: 10,00 €)

Einmalige Spende von: \_\_\_\_\_

#### SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige den Förderverein Fohlenhof e. V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein Fohlenhof e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

\_\_\_\_\_  
Bank

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Ich bin bereit, bei Veranstaltungen des Vereins mitzuhelfen.