



**Ich möchte das
Israelitische Krankenhaus in Hamburg
bei seinen vielfältigen Aufgaben unterstützen**

Ich beantrage die Aufnahme in den
Freundeskreis Israelitisches Krankenhaus in Hamburg e.V.

Mein jährlicher Mitgliedsbeitrag wird € betragen

Falls gewünscht, können Sie uns ein **SEPA-Lastschriftmandat** (*vormals Einzugsermächtigung*) erteilen. Bitte füllen Sie dazu die Rückseite aus.

- Name, Vorname
- Straße, Hausnummer
- PLZ, Ort
- Telefon / Telefax :
- E-Mail-Adresse :

Datum / Unterschrift

Ich überweise eine einmalige Spende in Höhe von €
auf das Konto des Freundeskreises.

Datum / Unterschrift

Konto:

**Freundeskreis Israelitisches Krankenhaus in Hamburg e.V.
Hamburger Sparkasse - BLZ 200 505 50 - Konto 1207-132901
IBAN DE66 2005 0550 1207 1329 01 - BIC HASPDEHHXXX**

Mitgliedsbeitrag und Spenden sind steuerlich absetzbar.
Die Mitgliedschaft kann jederzeit gekündigt werden.



Gläubiger-Identifikationsnummer
des Freundeskreises: **DE92ZZZ00000243238**

Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Freundeskreis Israelitisches Krankenhaus in Hamburg e.V., den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Freundeskreis Israelitisches Krankenhaus in Hamburg 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 dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC) BIC _ _ _ _ _ | _ _ _ _

IBAN: DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

Bitte nehmen Sie den Einzug erstmals am _____ vor.

Datum, Ort und Unterschrift