

FREUNDKREIS
Israelitisches Krankenhaus in Hamburg e.V.



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

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

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

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

Die Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen erfolgt zum Zwecke der Verwaltung meiner Mitgliedschaft und gemäß der anhängenden Datenschutzhinweise nach Art. 12 ff. Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO).

Unterschrift / Datum

Konto:

Freundeskreis Israelitisches Krankenhaus in Hamburg e.V.

Hamburger Sparkasse

IBAN DE66 2005 0550 1207 1329 01

BIC HASPDEHHXXX

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

Freundeskreis Israelitisches Krankenhaus in Hamburg e.V. - Orchideenstieg 14 - 22297 Hamburg

Vorstand: Dagmar Berghoff (Vorsitzende) | Dr. Ursel Hardt (Stellv. Vorsitzende) | Wolfgang Poppelbaum (Schatzmeister)
Julia Gusovius (Schriftführerin)

Beisitzer: Prof. Dr. Peter Layer | Dr. Norbert Kellermann | Frau Evelyn Brenn

Bankverbindung: Hamburger Sparkasse

IBAN: DE66 2005 0550 1207 1329 01 - BIC: HASPDEHHXXX

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

_____ BIC _____ | ____
Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN: DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Bitte nehmen Sie den Einzug erstmals am _____ vor.

Datum, Ort und Unterschrift