

Ihre Unterstützung des Freundeskreises

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

Ich beantrage die **Aufnahme als Mitglied** 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.

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.

Datenschutz:

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

Datum/ Unterschrift

– bitte wenden –

SEPA-Lastschriftmandat:

Falls gewünscht, können Sie uns ein **SEPA-Lastschriftmandat** (*vormals Einzugsermächtigung*) erteilen.

Gläubiger-Identifikationsnummer des Freundeskreises: DE92ZZZ00000243238
Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

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/ Unterschrift

Stand: Mai 2024