

Gemeinsam im Einsatz für die Region

Unterstützen Sie den Förderverein Freunde der RoMed Kliniken!

Spende

Einmalig oder wiederkehrend einen frei gewählten Betrag spenden.

- Ich möchte den Förderverein mit einer Spende in Höhe von _____ EUR unterstützen.

Mitgliedschaft mit Jahresbeitrag

Mitglied des Fördervereins Freunde der RoMed Kliniken werden und regelmäßig den Mindestbeitrag oder einen frei gewählten Betrag spenden.

- Zum regulären Jahresbeitrag in Höhe von 20 EUR.
- Mit einem Jahresbeitrag in Höhe von _____ EUR.
- Ich wünsche eine Spendenquittung. Bis zu einem Betrag von 300 EUR gilt der Kontoauszug als Spendenquittung.

Vorname und Name / Unternehmen

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Mailadresse



Datum und Unterschrift

Zahlungsoptionen:

- Ich überweise meinen Spendenbetrag jährlich auf das folgende Vereinskonto:
Förderverein Freunde des Klinikums Rosenheim e. V.
Sparkasse Rosenheim-Bad Aibling - **IBAN DE87 7115 0000 0000 0201 72** - BIC BYLADEM1ROS
- Per SEPA-Lastschriftmandat. Bitte füllen Sie dazu beiliegendes Mandat aus.

Rücksendung des unterschriebenen Antrags an: **foerdereverein-freunde@ro-med.de**

Alternativ per Post an:

Förderverein Freunde des Klinikums Rosenheim e.V.
Pettenkofer Straße 10
83022 Rosenheim

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats an den Förderverein Freunde des Klinikums Rosenheim e.V.

Ich ermächtige den Förderverein Freunde des Klinikums Rosenheim e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem o. g. Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften **einzulösen**. 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. Das Lastschriftmandat ist jederzeit schriftlich widerufbar.

Jahresbeitrag in Höhe von _____ EUR.

Name des Kontoinhabers

Kreditinstitut des Zahlers/BIC

IBAN

Der Jahresbeitrag wird am 1. März eines jeden Jahres eingezogen.
Die erste Zahlung erfolgt am: _____

Datum, Unterschrift

Rücksendung des unterschriebenen Antrags an: **foerderverein-freunde@ro-med.de**

Alternativ per Post an:

Förderverein Freunde des Klinikums Rosenheim e.V.
Pettenkofer Straße 10
83022 Rosenheim