

## Anmeldung

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme in den Verein „Kunst- und Kulturverein am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier“.

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

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

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

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

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Datum | Unterschrift \_\_\_\_\_

Hiermit ermächtige ich widerruflich den Verein „Kunst- und Kulturverein am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier“ den von mir zu entrichtenden jährlichen Mindestmitgliedsbeitrag in Höhe von 20,00 € bei Fälligkeit abzubuchen.

IBAN \_\_\_\_\_

BIC/Name der Bank \_\_\_\_\_

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Ich kann die Mitgliedschaft zum Ende eines Kalenderjahres kündigen, wobei automatisch auch die Einzugsermächtigung erlischt.

Datum/Unterschrift \_\_\_\_\_