

per Fax: 07941 692299
oder per Post

Antwort

Freundeskreis
Hohenloher Krankenhaus e.V.
Kastellstraße 5
74613 Öhringen

Absender

Name

Vorname

Straße

PLZ, Ort

Ja, ich möchte Mitglied im
**Freundeskreis Hohenloher
Krankenhaus e.V.** werden

- Privatmitgliedschaft**
Mein Jahresbeitrag beträgt EUR
(Mindestbeitrag EUR 20,00)
- Firmenmitgliedschaft**
Unser Jahresbeitrag beträgt EUR
(Mindestbeitrag EUR 50,00)
- Einmalige Spende in Höhe von EUR**

Einzugsermächtigung

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kontonummer	Bankleitzahl
<input type="text"/>	
Kreditinstitut	
<input type="text"/>	
Kontoinhaber	
<input type="text"/>	
Datum und Unterschrift	

<input type="text"/>	
Name, Vorname	
<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer	
<input type="text"/>	
PLZ, Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	E-Mail-Adresse