

Aufnahmeantrag

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ/Wohnort:

Geboren am:

Telefon:

E-Mail:

- Ja, ich möchte Mitglied werden und beantrage hiermit die Aufnahme in den Verein zur Förderung des St. Vinzenz-Hospitals in Dinslaken e.V.**
- Ja, ich möchte weitere Informationen über den Verein.**

Ich zahle einen Jahresbeitrag von:

€

SEPA-Lastschrift:

Kontoinhaber:

IBAN

Kreditinstitut:

BIC:

Datum und Unterschrift: _____

St. Vinzenz-Hospital Dinslaken, Dr. Otto-Seidel-Str. 31-33, 46535 Dinslaken, Telefon: 02064/44-1234;

Nach §4 Abs. 3 BDSG werden personenbezogene Daten ausschließlich zur Mitgliederverwaltung verwendet. Bei Kündigung oder Widerruf der Mitgliedschaft werden die Daten vollständig gelöscht.