

Förderverein Fachklinik
Oldenburger Land e.V.
Cuxhavener Str. 5
28217 Bremen
Eingetragen im Vereinsregister unter der Nr. 23 40
☎ 0421 – 380 99 00 / Fax: 0421 380 9902
☎ 04401 – 936434 u. 928526

Aufnahmeantrag

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum gemeinnützigen
„Förderverein Fachklinik Oldenburger Land e. V.“

Name Vorname Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr. PLZ, Ort Telefon /Fax

Als Jahresbeitrag zahle ich Euro: _____
Mindestbeitrag 10 Euro

Die Zahlung soll erfolgen per Lastschrift-Einzug von meinem Konto:
(Abbuchung erfolgt zum 31. März des Jahres)

Konto-Nr.: Bankleitzahl Bank

Hiermit erkenne ich die Satzung des „Fördervereins Fachklinik Oldenburger Land e. V. an.
Austritt oder Kündigung des Lastschrift-Verfahrens sind dem Vorstand schriftlich mitzuteilen.

Ort Datum Unterschrift

1. Vorsitzender: Jürgen Pein / 2. Vorsitzender: Gerd Kuck / Kassenwart: Hartmut Frerichs
Bankverbindung: Konto-Nr.: 174 87 19 000 BLZ: 280 210 02
Oldenburgische Landesbank, Brake

freigegeben