

Absender

Bitte freimachen,
falls Marke
zur Hand



Pius-Hospital Ochtrup
Piusstraße 5
48607 Ochtrup

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich

Name, Vorname: _____ Beruf: _____

Anschrift: _____

meinen Beitritt zum Förderverein Pius-Hospital Ochtrup e.V.

Hiermit ermächtige ich Sie, den jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von EUR _____

zu Lasten meines Girokontos Nr. _____

bei der _____
(Name der Bank) (Bankleitzahl)

abzubuchen.

Ochtrup, den _____
(Unterschrift)

Spendenbescheinigung erwünscht? ja nein