



Förderverein für das Klinikum Sindelfingen-Böblingen e.V.
Vorsitzender Herr Dr. med. Horst Nebelsieck
Bunsenstr. 120
71032 Böblingen

Förderverein für das
Klinikum Sindelfingen-Böblingen e.V.

Vorsitzender:
Herr Dr. med. Horst Nebelsieck
Tel.: 0049 171 5206441
E-Mail:
horst.nebelsieck@kh-förderverein.de

BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich,

Nachname: _____

Vorname: _____

Straße: _____ Haus-Nr. _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

dass ich ab dem _____ dem Förderverein für das Klinikum
Sindelfingen-Böblingen e.V. beitreten möchte. Meine Rechte und Pflichten als Mitglied
des Fördervereins entnehme ich der Satzung.

Ich erkläre ferner, dass ich dem Verein jährlich neben dem Mitgliedsbeitrag eine
Spende in Höhe von _____ € zukommen lasse.

ja, ich bin damit einverstanden das mein oben genannter Vorname und Nachname
auf der Internetseite vom Förderverein unter Mitgliedern aufgeführt wird.

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Den Förderverein für das Klinikum Sindelfingen-Böblingen e.V. ermächtige ich, den
jährlichen Mitgliedsbeitrag gem. § 5 der Satzung (z.Zt. 30 € jährlich – Stand
19.02.2014) sowie den o.g. Spendenbetrag von meinem u.g. Konto einzuziehen.
Diese Einzugsermächtigung kann ich jederzeit schriftlich widerrufen:

IBAN: _____

BIC: _____

Ort / Datum: _____ Unterschrift: _____