



# ALBERTINE-FÖRDERVEREIN

Diakonie-Klinikum Osnabrücker Land e.V.

## ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Ich möchte Mitglied des Albertine-Fördervereines Diakonie-Klinikum Osnabrücker Land e.V. werden.  
Den Jahresgliedsbeitrag von mindestens 12 Euro / Kalenderjahr werde(n) ich / wir entrichten durch

Einzugsermächtigung

Einzelüberweisung

Sparkasse Osnabrück,

Blz 265 501 05, Konto 1 623 406 004

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

## ERMÄCHTIGUNG ZUM EINZUG VON FORDERUNGEN DURCH LASTSCHRIFTEN

Ich ermächtige(n) ich/ wir Sie hiermit, den Jahresbeitrag bis auf Widerruf von meinen Konto abzubuchen.  
Meine Bankverbindung lautet:

Bank: \_\_\_\_\_

Konto-Nr: \_\_\_\_\_

Blz: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift: