

An die
Warsteiner Hospital-Bruderschaft
Hospitalstraße 3-7
59581 Warstein

Absender:

Name:

Straße:

PLZ / Ort:

Tel.:

E-Mail:

- Ja**, ich möchte Mitglied der Bruderschaft werden (Jahresbeitrag z. Zt. 25,- Euro) und das Krankenhaus Maria Hilf Warstein unterstützen und fördern!
- Ja**, ich möchte das Krankenhaus Maria Hilf Warstein mit einer Spende unterstützen und weiter fördern.

Einzugsermächtigung

Bitte buchen Sie ab dem

einmalig vierteljährlich halbjährlich jährlich

€ von meinem Konto ab.

Konto-Nr.

BLZ

Bank

Diese Einzugsermächtigung ist widerruflich und kann jederzeit beendet werden.