

# BEITRITTSERKLÄRUNG

Sie können diesen Abschnitt in einem Umschlag senden, an der Pforte des  
Ortenau Klinikum Achern abgeben oder faxen: **Förderverein Ortenau Klinikum Achern e.V.**  
**Josef-Wurzler-Straße 7, 77855 Achern, Fax 07841-7002090**

*Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Förderverein Ortenau Klinikum Achern e.V.*

Name:

Vorname:

Straße, Haus-Nr

PLZ, Ort

Konto-Nr.

Bankleitzahl

Bank

Ort, Datum

Unterschrift

*Bitte ankreuzen:*

Ich ermächtige Sie, den Jahresbeitrag von derzeit 15,00 Euro von unten genanntem Konto mittels Lastschriftverfahren einzuziehen.

Ich ermächtige Sie, eine einmalige Spende  
in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro von meinem  
Konto einzuziehen.

Bitte stellen Sie mir eine Spenden-  
bescheinigung aus.

**Förderverein**



**Ortenau Klinikum  
Achern e.V.**

Josef-Wurzler-Str. 7  
77855 Achern  
oder  
Postfach 1360  
77844 Achern