



**FREUNDESKREIS**  
Bühler Krankenhaus e.V.

## Beitrittserklärung

An den Vorstand des Freundeskreis Bühler Krankenhaus e.V.  
Rotkreuzstr. 1, 77815 Bühl

Name\* \_\_\_\_\_

Vorname\* \_\_\_\_\_

Straße\* \_\_\_\_\_

PLZ\* \_\_\_\_\_ Ort\* \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail\* \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

- Ich unterstütze die Zwecke des Freundeskreis Bühler Krankenhaus e.V. und möchte diesem als Mitglied beitreten.

Damit der Verwaltungsaufwand gering gehalten werden kann, ermächtige ich hiermit den Förderverein, den Jahresbeitrag von zurzeit **12 Euro** oder den Betrag von \_\_\_\_\_ Euro einmal jährlich zu Lasten meines Kontos

IBAN\* \_\_\_\_\_

BIC\* \_\_\_\_\_

mittels SEPA Basislastschrift einzuziehen.

Die Einzugsermächtigung ist jederzeit widerrufbar.

### Datenschutzhinweis:

Der Freundeskreis Bühler Krankenhaus e.V. erhebt, verarbeitet und nutzt die mitgeteilten personenbezogenen Daten für Zwecke der Mitgliederverwaltung sowie für die Erledigung notwendiger Vereinsaufgaben.

Unsere Datenschutzhinweise finden Sie unter: [www.fbk-buehl.de/datenschutz](http://www.fbk-buehl.de/datenschutz)

- Der Nutzung meiner Daten für die genannten Zwecke stimme ich zu.  
Diese Erklärung kann ich jederzeit widerrufen.

\* = Pflichtangabe

Hinweis: Wir sind wegen Förderung mildtätiger Zwecke nach dem letzten uns zugegangenen Freistellungsbescheid des Finanzamtes Bühl/Baden-Baden von der Körperschaftssteuer befreit; Mitgliedsbeiträge und Spenden sind damit als Sonderausgaben steuerlich abzugsfähig.