



Förderverein KMB e.V.  
Peter Ermis  
Fritz-Meyer-Weg 45  
81925 München

**Vorsitzende:** Christiane Hacker  
Leisnerweg 33, 81929 München  
Tel.: 089 / 95 720 494  
E-Mail: [c.hacker@foerderverein-kmb.de](mailto:c.hacker@foerderverein-kmb.de)

**Büro: FKMB e.V.**  
Fritz-Meyer-Weg 45, 81925 München  
Tel: 089 / 95 92 82 33  
E-Mail: [office@foerderverein-kmb.de](mailto:office@foerderverein-kmb.de)

## Änderungsformular

Hiermit bitte ich um Änderung meiner Mitgliedsdaten beim **Förderverein Klinikum Bogenhausen e.V.** Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt zurzeit 36,00 Euro.  
Für Mitarbeiterin und Mitarbeiter der StKM gilt einem ermäßigten Jahresbeitrag von 24,00 Euro.

StKM Personal:

Mann:  Frau:  Divers:

Titel \_\_\_\_\_

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

Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße / Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

Postleitzahl / Ort: \_\_\_\_\_

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

Handy: \_\_\_\_\_

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

Ich wünsche Bankeinzug und bin mit der Abbuchung des Jahresbeitrags einmal jährlich einverstanden. Dazu fülle ich auf der zweiten Seite des Aufnahmeantrags das Formular für das SEPA-Lastschriftmandat aus.

Ich überweise einmal jährlich € 36,00 auf das Spendenkonto mit der IBAN: DE21 7015 0000 0000 4724 72 des Fördervereins bei der Stadtsparkasse.

Eine Spendenquittung wird automatisch erst ab € 200,- zum Jahresende zugesandt.

---

Datum                      Ort    Unterschrift





Gläubiger-ID: DE28 ZZZ0 0000 8456 93  
StNr. 843/16910

## Kombimandat – Einzugsermächtigung und SEPA-Lastschriftmandat

### 1. Einzugsermächtigung

Ich ermächtige den "FÖRDERVEREIN KLINIKUM MÜNCHEN-BOGENHAUSEN e.V." widerruflich, die von mir zu entrichtenden Vereinsbeiträge bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem unten angegebenen Konto einzuziehen.

### 2. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den "FÖRDERVEREIN KLINIKUM MÜNCHEN-BOGENHAUSEN e.V." Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom "FÖRDERVEREIN KLINIKUM MÜNCHEN-BOGENHAUSEN e.V." auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

### 3. Meine Bankverbindung lautet

Name des Kontoinhabers:	
Kreditinstitut:	
IBAN:	

---

Datum                      Ort                                      Unterschrift