

Beitrittserklärung

c/o Klinikum Frankfurt Höchst, Petra Fleischer
Telefax 069 3106-2699

Ich möchte das Klinikum Frankfurt Höchst unterstützen und bitte um Aufnahme als ordentliches Mitglied in den Förderkreis des Klinikums Frankfurt Höchst e.V.

Titel/Name/Vorname

Straße

PLZ/Ort

Telefon

Telefax

E-Mail

Hiermit ermächtige ich den Förderkreis des Klinikums Frankfurt Höchst e.V., den Mitgliedsbeitrag in Höhe von derzeit 60,00 Euro jährlich von meinem Konto einzuziehen.

Kreditinstitut

Bankleitzahl

Kontonummer

Datum/Unterschrift