

Assoziierte Klinik der Deutschen Leberstiftung
Rückmeldebogen

Deutsche
Leberstiftung

An die
Deutsche Leberstiftung
Geschäftsstelle
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover



Ja, unser Krankenhaus möchte „Assoziierte Klinik der Deutschen Leberstiftung“ werden:

Ansprechpartner:

Titel _____

Vorname/Name _____

Krankenhaus _____

Abteilung _____

Straße/Hausnummer _____

PLZ/Ort _____

Homepage _____

Geburtsdatum _____

Email _____

Wir sind bereit, den Jahresbeitrag in Höhe von € 1.500,- zu zahlen.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Wir bitten Sie, uns eine Einzugsermächtigung zu erteilen (siehe Rückseite). Falls Sie dies nicht möchten, überweisen Sie Ihren Beitrag bitte an die Deutsche Leberstiftung, Kontonummer 108 977 000 bei Deutsche Bank Essen, BLZ 360 700 50.

Bitte wenden

Einzugsermächtigung (nur möglich für Konten in Deutschland)

Kontoinhaber _____
Anschrift _____
Kontonummer _____
Bank _____
BLZ _____

Hiermit ermächtige ich die Deutsche Leberstiftung widerruflich, die zu entrichtenden Zahlungen als Assoziierte Klinik bei Fälligkeit zu Lasten meines o. g. Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum Unterschrift

Ich bin mit der Veröffentlichung der umseitig genannten Kontaktdaten auf der Homepage der Deutschen Leberstiftung einverstanden. Auf Anfrage kann die Deutsche Leberstiftung diese Daten an Patienten weitergeben, die eine kompetente Klinik in ihrer Nähe suchen.

Ort, Datum Unterschrift

