

An den
Hospizverein Lahr e.V.
Liebensteinstraße 10
77933 Lahr

Beitrittserklärung

zur Mitgliedschaft im Hospizverein Lahr e.V.

Name, Vorname:

Straße: / PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

Telefon: / E-Mail:

Ich entrichte einen jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von Euro.
(Der satzungsmäßige Beitrag pro Person beträgt €30,-/Jahr.)

Ich bin an einer aktiven Mitarbeit interessiert.

.....

Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Hospizverein Lahr e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Hospizverein Lahr e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kreditinstitut: _____

BIC: _____

IBAN DE __ / ____ / ____ / ____ / ____ / __

Datum

Unterschrift