

Hospizbewegung Varel e.V.



Beitrittserklärungen senden Sie bitte an unsere Geschäftsstelle:

Hospizbewegung Varel e.V.
Windallee 15

26316 Varel

Beitrittserklärung Hospizbewegung Varel e.V.

Ich/wir trete(n) der Hospizbewegung Varel e.V. als Mitglied(er) bei.

1) Name _____ Vorname _____

2) Name _____ Vorname _____

Straße _____

Postleitzahl _____ Wohnort _____

Geburtstag 1* _____ Geburtstag 2* _____ Mobil* _____

Telefon* _____ E-Mail* _____

Der Mindestbeitrag pro Person beträgt 30,00 Euro, für Schüler und Studenten 15,00 Euro pro Jahr.

Ich/wir zahle(n) als fördernde(s) Mitglied(er) freiwillig einen Beitrag in Höhe von je _____ Euro pro Jahr.

Der Beitrag soll von meinem/ unserem Konto abgebucht werden Ja Nein

Wir möchten den Betrag in einer Summe abgebucht haben und erhalten dafür nur eine Mandanten-ID und eine gemeinsame Spendenbescheinigung Ja Nein

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die Hospizbewegung Varel e.V. mit der Gläubiger-Identifikationsnummer DE03ZZZ00001042665 den fälligen Jahresbeitrag bis auf Widerruf von meinem/unserem folgenden Konto abzubuchen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Hospizbewegung Varel e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kreditinstitut _____

Konto-Nr.: _____ BLZ: _____

BIC: _____ | _____

IBAN: DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Datum, Ort und Unterschrift des/der Zahlungspflichtigen

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

* freiwillige Angaben