Förderverein Stationäres Hospiz Wesermarsch e.V.

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zu dem
Förderverein Stationäres Hospiz Wesermarsch e.V.

Name/Vorname:_____

Straße/Nr.:_____

PLZ/Ort:_____

Telefon:_____

E-Mail:_____

Mit der Mitgliedschaft erkenne ich die Satzung an. Der Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich mindestens 12,00 €. Ich ermächtige den Förderverein Stationäres Hospiz Wesermarsch e.V. den Betrag im Jahr des Beitritts und anschließend zum 31.03. jeden Jahres abzubuchen.

Ich möchte meinen Beitrag erhöhen auf:
○ 25,00 € ○ 40,00 € ○ 50,00 € ○ 100,00 € ○ 150,00 € ○ oder …… €

○ Ich spende zusätzlich einmalig …….. €

Eine Spendenbescheinigungen kann auf Wunsch ausgestellt werden.

Datum/Unterschrift: _____

SEPA-Lastschriftmandat

Name/Anschrift des Zahlungsempfängers: Förderverein Stationäres Hospiz Wesermarsch e.V., Nordstraße 77a, 26939 Ovelgönne
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE …….
Mandatsreferenz = IBAN des Zahlungspflichtigen (wird ggfs. Vom Zahlungsempfänger ausgefüllt):
Ich ermächtige / wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein /weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.
Zahlungsart / Type of payment: ○ Wiederkehrende Zahlung ○ Einmalige Zahlung
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)
Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): **Straße und Hausnummer, PLZ und Ort, Land**
IBAN des Zahlungspflichtigen:
BIC (8 oder 11 Stellen):
Ort: **Datum:**
Unterschrift(en) des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):