

Mitgliedschaftserklärung

Ambulantes Hospiz Remscheid e.V., Elberfelder Str. 41, 42853 Remscheid

Ich/wir möchte/n die Hospizarbeit unterstützen und erkläre/n hiermit meinen/unseren Beitritt zum Ambulanten Hospiz Remscheid e.V. als

o aktive/s o passive/s Mitglied

Name: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____ Geburtsdatum: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

SEPA Lastschriftmandat

Ambulantes Hospiz Remscheid e.V., Elberfelder Str. 41, 42853 Remscheid

Gläubiger ID: DE23 ZZZ0 0000 2846 38 Mandatsreferenz: WIRD SEPARAT MITGETEILT

Ich ermächtige das Ambulantes Hospiz Remscheid e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Ambulantes Hospiz Remscheid 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.

Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

Der Mitgliedsbeitrag im Monat Mai per SEPA Lastschrift eingezogen.

Mitgliedsbeitrag: (min. 30 € /Jahr)

Kontoinhaber: _____

Name Kreditinstitut: _____ BIC: _____

IBAN: : DE ___|___|___|___|___|___

Datum / Unterschrift