

# 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.

25,00 €    40,00 €    50,00 €    100,00 €    150,00 €    oder ..... €

Ich spende zusätzlich einmalig ..... €

Eine Spendenbescheinigung kann auf Wunsch ausgestellt werden.

Datum/Unterschrift: \_\_\_\_\_

## SEPA-Lastschriftmandat

<b>Name/Anschrift des Zahlungsempfängers:</b>	
Förderverein Stationäres Hospiz Wesermarsch e.V., Nordstraße 77a, 26939 Ovelgönne	
<b>Gläubiger-Identifikationsnummer (wird vom Verein ausgefüllt)</b>	
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.	
<b>Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):</b>	
<b>Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) Straße und Hausnummer, PLZ und Ort:</b>	
<b>IBAN des Zahlungspflichtigen:</b>	
<b>BIC (8 oder 11 Stellen):</b>	
<b>Ort:</b>	<b>Datum:</b>
<b>Unterschrift(en) des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):</b>	