

Bitte einsenden an: Hospiz-Förder-Verein e.V. Itzehoe,
Steinbrückstr. 17, 25524 Itzehoe



BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Freundeskreis des Hospiz-Förder-Vereins e.V. Itzehoe.

Mein jährlicher Beitrag: _____
Jahresmindestbeitrag 30,00 €.

Name Vorname

Straße PLZ/Wohnort

Geburtsdatum Telefon

Name des Zahlungsempfängers: **Hospiz-Förder-Verein e.V. Itzehoe**

Anschrift des Zahlungsempfängers, Straße und Hausnummer: **Steinbrückstr. 17**

Postleitzahl und Ort: **25524 Itzehoe**

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE75ZZZ00000476732**

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen): _____

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige den Hospiz-Förder-Verein e.V. Itzehoe widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

Kontoinhaber:

SEPA-Lastschriftmandat

Gleichzeitig ermächtige ich den "Hospiz-Förder-Verein e.V." Itzehoe jährliche Beiträge von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, diese Lastschriften einzulösen. 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 des Zahlers _____

BIC: _____

IBAN: _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift)