

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich/erklären wir den Beitritt in den HORIZONTE Hospizverein e.V.

Vorname

Name

Geburtsdatum

Straße

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail Adresse

Datum

Unterschrift/en

Mindestbeiträge pro Kalenderjahr: Einzelmitglied 30,00 €, Paare 40,00 €

Mein/Unser Beitrag pro Kalenderjahr beträgt _____ €.

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger (Gläubiger)

HORIZONTE Hospizverein e.V., Burgstr. 28, 65719 Hofheim

Gläubiger-Identifikationsnummer DE57ZZZ00000819175

Die Mandatsreferenznummer wird separat mitgeteilt.

Ich ermächtige den HORIZONTE Hospizverein e.V. bis auf Widerruf Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/unser Kreditinstitut an, die vom HORIZONTE Hospizverein e.V. 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.

Vorname Name Kontoinhaber

Kreditinstitut

IBAN

Datum/Ort

Unterschrift