

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich den Beitritt zum Verein *Ambulantes Hospiz Frankenberg e.V.*

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ort/ Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

### *Ambulantes Hospiz Frankenberg e.V.*

Bei der Ledermühle 3 35066 Frankenberg

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE96ZZZ00000629129

Mandatsreferenz: **wird separat mitgeteilt**

### **SEPA Lastschriftmandat**

Ich ermächtige das Ambulante Hospiz Frankenberg e.V., den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Ambulanten Hospiz Frankenberg 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.

---

Vorname und Name (Kontoinhaber, wenn abweichend von oben)

---

Straße und Hausnummer

---

Postleitzahl und Ort

---

Kreditinstitut (Name und BIC) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

IBAN: DE\_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_

---

Datum, Ort und Unterschrift