

## 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 25,00 € pro Jahr 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