Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zu dem
Förderverein Stationäres Hospiz Norden e.V.
Postfach 10 02 46, 26492 Norden
Email: Stationaeres.Hospiz.Norden@gmail.com
IBAN: DE 04 2835 0000 0145 4027 98

FÖRDERVEREIN STATIONÄRES HOSPIZ NORDEN E.V.

Name/Vorname:_____

Straße/Nr.:_____

PLZ/Ort:_____

Telefon:_____

E-Mail:_____

Mit der Mitgliedschaft erkenne ich die Satzung an.
Der Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich **mindestens 40,- € für Privatpersonen** (Rentner und Studenten ermäßigt) und **300,- € für Institutionen** und ist im Jahr des Beitritts und anschließend jeweils zum 15.02. jeden Jahres fällig.
Ich leiste jährlich einen Beitrag von:

◯ 40,- € ◯ 30,- ermäßigt ◯ 300,- € ◯ oder ..... €

◯ Ich spende zusätzlich einmalig ..... €

Datum/Unterschrift: _____

SEPA-Lastschriftmandat

Name/Anschrift des Zahlungsempfängers: Förderverein Stationäres Hospiz Norden e.V., Postfach 10 02 46, 26492 Norden, Deutschland
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE .....
Mandatsreferenz = IBAN des Zahlungspflichtigen (wird ggfs. Vom Zahlungsempfänger ausgefüllt):
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.
Zahlungsart / Type of payment: ◯ Wiederkehrende Zahlung ◯ Einmalige Zahlung
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)
Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): **Straße und Hausnummer, PLZ und Ort, Land**
IBAN des Zahlungspflichtigen:
BIC (8 oder 11 Stellen):
Ort: **Datum:**
Unterschrift(en) des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):