**Förderverein Stationäres Hospiz Norden e.V.**

# Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zu dem
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, 30 € ermäßigt für Rentner und Studenten, ab 100 € für Organisationen und ist im Jahr des Beitritts und anschließend jeweils zum 31.03. jeden Jahres fällig.

◯ 40,- € ◯ 30,- ◯ 100,- € ◯ 200,- € ◯ 300,- € ◯ oder ..... €

◯ Ich spende zusätzlich einmalig ..... €

Datum/Unterschrift: _____

## SEPA-Lastschriftmandat

| |
|---|
| **Name/Anschrift des Zahlungsempfängers:**<br>Förderverein Stationäres Hospiz Norden, Straße, 26506 Norden, Deutschland |
| **Gläubiger-Identifikationsnummer:**<br>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.<br>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:**<br>◯ Wiederkehrende Zahlung ◯ Einmalige Zahlung |
| **Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)** |
| **Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**<br>**Straße und Hausnummer, PLZ und Ort, Land** |
| **IBAN des Zahlungspflichtigen:** |
| **BIC (8 oder 11 Stellen):** |
| **Ort:** **Datum:** |
| **Unterschrift(en) des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):** |