

Hospizverein Lichtenfels e. V.
Pabstenweg 11
96215 Lichtenfels
Tel.: 09571/75 93 93, Fax: 09571/75 73 85
email: kontakt@hospizverein-lichtenfels.de
Internet: www.hospizverein-lichtenfels.de

Bankverbindung: Sparkasse Coburg-Lichtenfels
IBAN: DE21 7835 0000 0092 5006 36 BIC: BYLADEM1COB

Beitrittserklärung

Ich möchte Mitglied des Hospizvereins Lichtenfels e. V. werden.
Ich bin bereit, den von der Mitgliederversammlung beschlossenen jährlichen Beitrag zu zahlen.

Er beträgt derzeit:

_____ 25,00 € für Einzelpersonen
_____ 40,00 € für Ehepaare bzw. Familien
_____ 50,00 € für juristische Personen (zutreffendes bitte ankreuzen)

Ich / wir stimme(n) zu, dass meine / unsere Mitgliedsdaten zum satzungsgemäßen Gebrauch auf Datenträger gespeichert und verarbeitet werden.

Name Vorname Geburtsdatum

Name des Ehepartners oder Familienmitglieds Geburtsdatum

Straße Hausnummer

PLZ Wohnort Beitrittsdatum

E-Mail (zum Versenden von Veranstaltungsterminen)

Ort, Datum Unterschrift

Wir danken Ihnen ganz herzlich für Ihre Unterstützung

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Hospizverein Lichtenfels e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers**Straße und Hausnummer:**

Pabstenweg 11

Postleitzahl und Ort:

96215 Lichtenfels

Gläubiger-Identifikationsnummer:

D E 3 5 Z Z Z 0 0 0 0 0 1 3 0 5 8 0

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

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: Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)****Straße und Hausnummer:****Postleitzahl und Ort:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):**

D E

BIC (8 oder 11 Stellen):

D E

Ort:**Datum (TT/MM/JJJJ):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich / uns der Zahlungsempfänger (Name siehe oben) über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.