



Ich/Wir ermächtige(n) den Hospizverein Damme e.V., den von mir/uns zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag jährlich mittels Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Hospizverein Damme e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Beitrittserklärung

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße/Nr. _____

PLZ-Ort _____

E-Mail _____

IBAN _____

Bankverbindung _____

Betrag (in EUR)* _____

Ich möchte Mitglied im Hospizverein Damme e.V. werden.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

*** Mindestbeitrag 25,00 EUR jährlich**