

Name/Anschrift des Zahlungsempfängers:

Hospizverein Damme e. V
Ostring 31
49439 Steinfeld

Ich ermächtige den Hospizverein Damme e. V., den von mir / uns zu entrichtenden Jahresbeitrag von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontonummer DE59 2806 1679 0002 2420 00

- jährliche Zahlung
 monatliche Zahlung
 einmalige Zahlung

Name _____

Vorname _____

Straße/H. Nr. _____

PLZ Ort _____

IBAN _____

Bankverbindung _____

Betrag _____

Ort _____

Datum, Unterschrift _____

Beitrittserklärung:

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Hospizverein Damme e. V.

Der Jahresbeitrag beträgt 25 €.

Datum, Unterschrift _____

Beitrittserklärung/Spende