

Mitgliedserklärung

Name, Vorname

Straße

PLZ, Wohnort

E-Mail

Telefon

Geburtsdatum

Beruf

Ich bin mit der Speicherung meiner Angaben zum Zwecke der Mitgliederverwaltung einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift

Die Höhe Ihres Mitgliedbeitrages können Sie selbst bestimmen (Mindestbeitrag 25 €; kann auf Antrag im Einzelfall ermäßigt werden). Der Beitrag wird spätestens bis zum 15.03. eines Jahres fällig.

Es ist für uns eine große Arbeitserleichterung, wenn Sie uns ein Lastschriftmandat erteilen, damit wir Ihren Beitrag zum oben genannten Termin von Ihrem Bankkonto abbuchen können.

Ihren Beitrag können Sie beim Finanzamt als Spende geltend machen.

Bis 200 € gilt der Kontoauszug als Nachweis.

Über 200 € oder auf Wunsch wird Ihnen eine Spendenbescheinigung ausgestellt.

So zahlen Sie Ihren Beitrag:

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE07ZZZ00000540618

Unsere Mandatsreferenznummer: (wird Ihnen noch mitgeteilt)

Ich ermächtige den Hospizverein, den Mitgliedsbeitrag in Höhe von _____ € von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Hospizverein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber

Kreditinstitut

IBAN

BIC

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber

Selbstzahler

Meinen Beitrag von _____ € werde ich für das laufende Jahr sofort, in den Folgejahren bis spätestens zum 15.03. des Jahres auf folgendes Konto überweisen.

Flessabank Schweinfurt

IBAN DE26 7933 0111 0001 5302 00

BIC FLESDMMXXX

Hospizverein Schweinfurt e.V.
Gustav-Adolf-Straße 8
97422 Schweinfurt

Tel. 0171 33 14 19 2
E-Mail hospiz@leopoldina.de
www.hospizverein-schweinfurt.de