



Hospizverein e.V.
Amberg

Palliativberatung und Hospizbegleitung

Beitrittserklärung Hospizverein e.V. Amberg

Amberg und Landkreis Amberg-Sulzbach

Alle Angaben werden vertraulich behandelt.

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als Mitglied zum Hospizverein e.V. Amberg

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße _____

PLZ, Wohnort _____

Telefon _____ Email _____

Datum _____ Unterschrift _____

SEPA- Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE76ZZZ00000378550

Mandatsreferenz (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Hospizverein e.V. Amberg, meinen **Mitgliedsbeitrag** in Höhe von jährlich **40 €** oder _____ Euro (freiwillig Beitrag) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Hospizverein e.V. Amberg auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kreditinstitut _____

IBAN _____

BIC _____

Ort/ Datum , Unterschrift _____