

## Beitrittserklärung Hospiz-Team Abendstern

z. Hd. Bärbel Segger, Fichtenweg 9, 48499 Salzbergen

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Hospiz-Team Abendstern e. V.

Name, Vorname	Beruf
Straße	PLZ und Ort
Geburtsdatum	Telefon
Mobil	E-Mail
Ort, Datum	Unterschrift

Der Monatsbeitrag beträgt 2,00 € und wird jährlich zum 01.04. als Jahresbeitrag vom angegebenen Konto des Mitgliedes eingezogen.

<b>SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)</b> für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme	<b>Wiederkehrende Zahlungen / Recurrent Payments</b>
Gläubiger-Identifikationsnummer (GI/Creditor Identifier) DE 90 ZZZ 000 0105 7492	<b>Mandatsreferenz</b> siehe Mitgliedsnummer

Ich/Wir ermächtige/n das Hospiz-Team Abendstern e. V. Zahlungen von meinem/unserem Konto einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Hospiz-Team Abendstern 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 belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Falls abweichend vom Mitglied Kontoinhaber (Name, Vorname)	(Straße, Hausnummer - PLZ Ort)
--	--------------------------------

Kreditinstitut	BIC
IBAN	

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Hinweis: Ab dem 01.02.2014 kann die Angabe der BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Ausfertigung für das Hospiz-Team Abendstern

## Beitrittserklärung Hospiz-Team Abendstern

z. Hd. Bärbel Segger, Fichtenweg 9, 48499 Salzbergen

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Hospiz-Team Abendstern e. V.

Name, Vorname	Beruf
Straße	PLZ und Ort
Geburtsdatum	Telefon
Mobil	E-Mail
Ort, Datum	Unterschrift

Der Monatsbeitrag beträgt 2,00 € und wird jährlich zum 01.04. als Jahresbeitrag vom angegebenen Konto des Mitgliedes eingezogen.

<b>SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)</b> für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme	<b>Wiederkehrende Zahlungen / Recurrent Payments</b>
Gläubiger-Identifikationsnummer (GI/Creditor Identifier) DE 90 ZZZ 000 0105 7492	<b>Mandatsreferenz</b> siehe Mitgliedsnummer

Ich/Wir ermächtige/n das Hospiz-Team Abendstern e. V. Zahlungen von meinem/unserem Konto einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Hospiz-Team Abendstern 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 belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Falls abweichend vom Mitglied Kontoinhaber (Name, Vorname)	(Straße, Hausnummer - PLZ Ort)
--	--------------------------------

Kreditinstitut	BIC
IBAN	

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Hinweis: Ab dem 01.02.2014 kann die Angabe der BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Ausfertigung für das Mitglied