



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre/n ich wir meinen/unseren Beitritt zum Hospizverein Landkreis Roth e.V.

Name und Vorname: (Kontoinhaber)

Straße:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

Telefon:

Emailadresse:

Datum: Unterschrift:

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Hospizverein Landkreis Roth e.V., meinen Mitgliedsbeitrag in Höhe von **jährlich 25 € oder** € (freiwilliger Beitrag) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Hospizverein Landkreis Roth e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Der o.g. Erstbeitrag wird am letzten Freitag des Folgemonats der Beitrittserklärung, die Folgebeiträge jährlich am letzten Freitag des Monats Februar eingezogen.

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.

Kontoinhaber:

Kreditinstitut:

IBAN:

BIC:

Ort: Datum:

Unterschrift:

1.Vorsitzender
Klaus Rettlinger

Telefon: 09171 1545

Bankverbindung:

VR Bank Mittelfranken Mitte
IBAN: DE72 7656 0060 0000 1244 35
BIC: GENO DE F1 ANS

Email: info@hospizverein.org

Anschrift:

Hospizverein Landkreis Roth e.V.
Norisstraße 28
91154 Roth

Internet: www.hospizverein.org