



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 Kontogezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Beitrittserklärung

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße/Nr. _____

PLZ-Ort _____

E-Mail _____

IBAN _____

Bankverbindung _____

Betrag (in EUR)* _____

Ich möchte Mitglied im Hospizverein Damme e. v. werden.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

*** Mindestbeitrag 25,00 EUR jährlich**