



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum HOSPIZDIENST IMMANUEL E.V.

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ: _____ /
Wohnort: _____

Beruf: _____ Geb.-Datum: _____

Tel: _____ E-mail: _____

Ich bin bereit, einen Förderbeitrag in Höhe von 25,00 € (Mindestbeitrag)
 50,00 €

jährlich zu zahlen.

Ort und Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE64ZZZ00000669184

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto abbuchen zu lassen.

IBAN: DE _____ BIC: _____

Kreditinstitut: _____

Kontoinhaber: _____

Ort und Datum

Unterschrift