

Aufnahmeantrag zur unbefristeten Mitgliedschaft

Mit Beitritt in den Verein wird die Satzung des Hospizdienstes Heidekreis Nord e.V. in ihrer jeweils gültigen Fassung, abrufbar unter www.hospizdienst-heidekreis.de, anerkannt.

Persönliche Informationen

Name:* Vorname*: M:* W:*
Geburtsdatum:
Strasse:* HausNr:*
PLZ: * Wohnort:*
Telefon:
Email:

Mit Sternchen (*) versehene Felder sind Pflichtfelder.

Gewünschte Art der Mitgliedschaft:

- Jahres-Mindestbetrag je Haushalt **50 Euro**
 Jahres-Mindestbetrag je Betrieb, Firma, Unternehmen **ab 250 Euro**
 Ich möchte folgenden Beitrag freiwillig zahlen **Euro**

Gewünschte Art der Zahlung:

- Überweisung
 SEPA-Lastschriftmandat:

Hiermit ermächtige ich den Hospizdienst Heidekreis Nord e. V. ,o.g. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Hospizdienst Heidekreis Nord e. V. eingereichte Lastschrift von meinem Konto zu begleichen.

Hinweis: Innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, kann eine Erstattung des belasteten Betrages vollzogen werden.

Kontoinformationen:

Kontoinhaber:
Bank:
IBAN / BIC:

Datum/ Unterschrift: