



Hospizdienst
Nieharde & Gelting e.V.

Hospizdienst Nieharde und Gelting e.V.
Schmiedestr.20, 24395 Gelting
Tel.: 0 46 43 / 186 500
Fax: 0 46 43 / 186 504
Internet: www.hospizdienst-nieharde-gelting.de
Email: info@hospizdienst-nieharde-gelting.de

Mitgliedsantrag

Hiermit erkläre ich/wir meine/unsere Mitgliedschaft im Hospizdienst Nieharde und Gelting e.V..Der Jahresbeitrag beträgt für (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|--|
| Aktive(r) Ehrenamtliche/r | <input type="checkbox"/> | auf Wunsch beitragsfrei
(Mitgliedschaft erlischt bei Ausscheiden aus der ehrenamtlichen Arbeit) |
| Einzelperson | <input type="checkbox"/> | 25 € |
| Einzelperson und Ehepartner/Partner | <input type="checkbox"/> | 30 € |
| Juristische Person | <input type="checkbox"/> | ab 50 € |

Name: _____ Vorname: _____

Straße/ Hausnr.: _____

PLZ,Ort: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Ehepartner/Partner:

Name: _____ Vorname: _____

Straße/ Hausnr.: _____

PLZ,Ort: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Hospizdienst Nieharde und Gelting e.V. mit der Gläubiger ID: DE04ZZZ00000418549 und den Mandatsreferenzen : 91xxx oder 90xxx Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Hospizdienst Nieharde und Gelting e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Beitrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: _____

Kreditinstitut (Name und BIC) _____ | _____

IBAN: D E __ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Datum, Ort und Unterschrift _____

Ihre persönlichen Daten werden ausschließlich für Vereinszwecke gespeichert und verwendet.