



Mitgliedserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Hospizverein Zum Regenbogen e.V.:

Name _____

Vorname _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Der Mitgliedsbeitrag beträgt 10 € pro Familie. Freiwillig gezahlte höhere Beiträge sind willkommen.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Bitte senden Sie diesen Teil des Flyers an:

Hospizverein Zum Regenbogen e.V.

zu Händen Frau S. Dotzauer

Im Hagen 9

59399 Olfen / Vinnum

SEPA-Lastschriftmandat:

Gläubiger Identifikationsnummer: DE71ZZZ00001477650

Die Mandatsreferenz wird Ihnen gesondert mitgeteilt.

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Hospizverein Zum Regenbogen e.V. Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Hospizverein Zum Regenbogen e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.



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

- monatlich _____ € ½ jährlich _____ €
 ¼ jährlich _____ € jährlich _____ €

Bank/Sparkasse: _____

BIC: _____

IBAN: _____

Datum; Unterschrift