Christophorus
Hospizverein
im
Landkreis Ebersberg e.V.

Von-Scala-Straße 3
85560 Ebersberg
Tel. 08092 / 256 985

Mail: Hospizverein.Ebersberg@t-online.de
www.hospizverein-ebersberg.de

Beitrittserklärung zum Christophorus Hospizverein im Landkreis Ebersberg e. V.

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Christophorus Hospizverein e.V. und erkenne die Vereinssatzung in der aktuellen Fassung sowie den von mir ausgewählten Jahresmitgliedsbeitrag an.

Ein Mitgliedsaustritt ist gegenüber dem Vorstand mit einer Frist von 3 Monaten zum Jahresende schriftlich zu erklären.

Jahresbeitrag: ☐ **30 Euro/Jahr (Mindestbeitrag)** ☐ **50 Euro/Jahr (Paare)**

☐ **50 Euro/Jahr (Juristische Person)** ☐ **_____Euro/Jahr**
(höhere freiwillige Beiträge)

Name: _____

Vorname: _____

Partner/-in: _____

geb.: _____

PLZ / Wohnort: _____

Straße: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail Anschrift: _____

Zahlungsart: ☐ SEPA-Lastschriftverfahren oder ☐ Überweisung (Bitte ankreuzen!)

Datum/Ort

……., den……..…..

Christophorus
Hospizverein
im
Landkreis Ebersberg e.V.

Von-Scala-Straße 3
85560 Ebersberg
Tel. 08092 / 256 985

Mail: Hospizverein.Ebersberg@t-online.de
www.hospizverein-ebersberg.de

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Zahlungsempfänger (Gläubiger)

Christophorus Hospizverein im Landkreis Ebersberg e. V.
Von-Scala-Straße 3, 85560 Ebersberg

Hiermit bevollmächtige(n) ich (wir) den Christophorus Hospizverein e.V. bis auf Widerruf, den Jahresmitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Christophorus Hospizverein 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 Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort																						
IBAN:																						
BIC:(*)																						

(*) Bitte geben Sie in jedem Fall neben der IBAN auch Ihre BIC an, da beide für das Lastschriftmandat nötig sind. Vielen Dank!

Bank: _____

Ort, Datum	Unterschrift