

**Christophorus
Hospizverein
im
Landkreis Ebersberg e.V.**

**Ignaz-Perner-Str. 9
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)

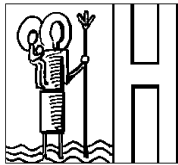
Name: _____
Vorname: _____
Partner/-in: _____
geb.: _____
PLZ / Wohnort: _____
Straße: _____
Telefonnummer: _____
E-Mail Anschrift: _____

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

Datum/Ort

....., den.....

eingetragen im Vereinsregister des Amtsgerichts Ebersberg, VR-Nr. 567;
als gemeinnütziger Verein anerkannt vom Finanzamt Erding, Steuernummer 114 / 107/40143;
Bankverbindung: Raiffeisen-VB Grafing-Ebersberg IBAN: DE 74 7016 9450 0002 5260 50
Kreissparkasse Ebersberg IBAN: DE 32 7025 0150 0010 1493 59



**Christophorus
Hospizverein
im
Landkreis Ebersberg e.V.**

**Ignaz-Perner-Str. 9
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.
Ignaz-Perner-Straße 9, 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 uns zur Eingabe des Lastschriftmandat nötig sind. Vielen Dank!

Bank: _____

Ort, Datum	Unterschrift

eingetragen im Vereinsregister des Amtsgerichts Ebersberg, VR-Nr. 567;
als gemeinnütziger Verein anerkannt vom Finanzamt Erding, Steuernummer 114 / 107/40143;
Bankverbindung: Raiffeisen-VB Grafing-Ebersberg IBAN: DE 74 7016 9450 0002 5260 50
Kreissparkasse Ebersberg IBAN: DE 32 7025 0150 0010 1493 59