HOSPIZDIENST OSTFILDERN e.V.

Geschäftsstelle
Häuserweg 22
73760 Ostfildern- Nellingen
Telefon 0711 / 34 15 336
info@hospizdienst-ostfildern.de

Leitung:
Christa Schlecht

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein Hospizdienst Ostfildern e.V.

Name:_____ Vorname:_____

Einrichtung:_____

Anschrift:_____

Datum:_____ Unterschrift:_____

Mit der Mitgliedschaft anerkenne ich die Satzung des Hospizdienstes.
Der Mindestbeitrag pro Jahr beträgt 20 Euro.

Ich bezahle pro Jahr einen Beitrag von _____ Euro.

Um uns die Arbeit zu erleichtern, bitten wir Sie, uns ein SEPA-Lastschriftmandat zu erteilen.
Ansonsten überweisen Sie bitte den Mitgliedsbeitrag für das laufende Jahr und zu Beginn jeden neuen Jahres auf folgendes Konto:
Kreissparkasse Esslingen IBAN: DE57 6115 0020 0008 046035
BIC: ESSLDE66

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich/ermächtigen wir den Verein Hospizdienst Ostfildern e.V.
(Gläubiger-ID: DE94ZZZ00000660011)
meinen/unseren Mitgliedsbeitrag jährlich zum 1. März mittels Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen.
Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Hospizdienst Ostfildern e.V. auf mein/auf unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Die Mandatsreferenz wird mit der Mitgliedschaftsbestätigung mitgeteilt.
Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Rückerstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut_____

IBAN:_____ BIC:_____

Name:_____ Vorname:_____

Datum:_____ Unterschrift:_____