

Ich möchte Mitglied werden

zum Jahresbeitrag von _____ (mind. € 25,00)

Name: _____

Straße: _____

PLZ. / Ort: _____

Telefon: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mail Adresse: _____

Geldinstitut: _____

BIC: _____

IBAN: _____

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Ich erteile hiermit widerruflich Einzugsermächtigung und SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Hospizverein für den Landkreis Forchheim e.V. als Zahlungsempfänger widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Mitgliedsnummer ist gleichzeitig die Mandatsreferenz.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Mitgliedsnummer (Mandatsreferenz): _____ (wird vom Verein ergänzt)

Hospizverein für den Landkreis Forchheim e.V.

Birkenfelderstraße 27

91301 Forchheim

Telefon: 0 91 91 - 70 26 26

Handy: 01 71 - 5 73 01 39

Fax: 0 91 91 - 32 05 45

E-Mail: info@hospizverein-forchheim.de

Unsere Bankverbindungen

Sparkasse Forchheim, IBAN: DE88 7635 1040 0000 0648 24, BIC: BYLADEM1FOR

Volksbank Forchheim: IBAN: DE14 7639 1000 0007 7501 10, BIC: GENODEF1FOH