Sterbende begleiten – Angehörige stützen – Trauernde trösten

Wir benötigen Ihre Hilfe! *Bitte schicken Sie uns das ausgedruckte Formular zu oder faxen Sie es an 0561 7004-229*

HospizVerein Kassel e.V.
Die Freiheit 2

34117 Kassel

Ich möchte die Arbeit des Vereins unterstützen durch:

◯ Meine Mitgliedschaft im Verein ◯ 36 Euro (Mindestbeitrag jährlich)

◯ _____Euro jährlicher Mitgliedsbeitrag

◯ Meine einmalige / jährliche Spende in Höhe von _____ Euro (zutreffendes unterstreichen)

◯ Ich überweise meinen Mitgliedsbeitrag/meine Spende

◯ Bitte ziehen Sie meinen Mitgliedsbeitrag/meine Spende von meinem Konto ein.

SEPA – Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Hospizverein Kassel e.V., Die Freiheit 2, 34117 Kassel
Gläubiger-Identifikationsnummer DE10ZZZ00000613411
Ich ermächtige den o.g. Zahlungsempfänger widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Ich ermächtige den o.g. Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom o.g. Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis:
Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart ◯ Wiederkehrende Zahlung ◯ Einmalige Zahlung

.....
IBAN *BIC* *Kreditinstitut*

.....
Name, Vorname (Kontoinhaber) *Geb. Datum*

.....
Straße/Hausnummer *PLZ/Ort*

.....
Telefon *e-Mail*

.....
Ort/Datum *Unterschrift (Kontoinhaber)*