



Hospizverein Kassel e.V.

Sterbende begleiten - Zugehörige stützen - Trauernde trösten

Ich möchte die Arbeit des Vereins durch eine Mitgliedschaft unterstützen:

- 36,00 Euro (Mindestbeitrag jährlich)
- _____ Euro jährlicher Mitgliedsbeitrag
- Ich überweise meinen Mitgliedsbeitrag
- Bitte ziehen Sie meinen Mitgliedsbeitrag 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. 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.

.....
IBAN

.....
BIC

.....
Kreditinstitut

.....
Name, Vorname (Kontoinhaber)

.....
Geb. Datum

.....
Straße Hausnummer

.....
PLZ Ort

.....
Telefon

.....
E-Mail

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift (Kontoinhaber)