

# Ich möchte Mitglied werden

im Förderverein Ambulante Hospizarbeit  
im Donnersbergkreis e.V.

.....  
Vorname, Name

.....  
Straße, Hausnummer

.....  
PLZ, Wohnort

.....  
Telefon

.....  
E-Mail

.....  
Mein Mitgliedsbeitrag (mind. 12,- €/Jahr)

**Ich stimme der vereinsinternen Nutzung meiner persönlichen Daten bis zum Widerruf zu.**

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift

## SEPA-Lastschriftmandat

**Förderverein Ambulante Hospizarbeit  
im Donnersbergkreis e.V.**

Gläubiger-ID: **DE91HOS00000615930**

Ich ermächtige den Förderverein Ambulante Hospizarbeit im Donnersbergkreis e.V., mittels Lastschrift Zahlungen von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die Lastschriften des Förderverein Ambulante Hospizarbeit im Donnersbergkreis e.V. einzulösen.

### Hinweis:

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Mitgliedsbeitrag zur Unterstützung des Fördervereins Ambulante Hospizarbeit im Donnersbergkreis e.V. **in Höhe von .....** € (mind. 12,- €/Jahr) jährlich von meinem Konto abgebucht wird.

.....  
Kontoinhaber

.....  
Kreditinstitut

.....  
BIC

DE \_ \_ / \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_  
IBAN

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift