MITGLIEDSCHAFTSERKLÄRUNG

Ich/wir möchte/n die Hospizarbeit unterstützen und erkläre/n hiermit meinen/unseren Beitritt zur IGSL-Hospiz e.V. als Mitglied/er*

Vorname | Name | Geburtsdatum

Vorname (Name) des Ehepartners (bei Mitgliedschaft für Ehepaare) | Geburtsdatum

Straße | Hausnummer

PLZ | Wohnort:

Beruf | Telefon

Ort, Datum | Unterschrift/en

Mein/unser Mitgliedsbeitrag beträgt €: _____

Ich/wir schließen uns der Regionalgruppe Hückeswagen an

1. Einzugsermächtigung:
Ich ermächtige/Wir ermächtigen die IGSL-Hospiz e.V. widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen.

2. SEPA-Lastschriftmandat: Die Gläubiger-Identifikationsnummer sowie die Mandatsreferenz wird mir/uns noch mitgeteilt. Ich ermächtige/Wir ermächtigen die IGSL-Hospiz e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der IGSL-Hospiz e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften ein. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name, Vorname des Kontoinhabers: _____

Kreditinstitut des Zahlers: _____

BIC: _____/___ IBAN: DE __/____/____/____/____/__

Ort, Datum, Unterschrift(en) _____

Die jährlichen Mindestbeiträge (inkl. Bezug der Hospiz-Zeitschrift "Der Wegbegleiter"):

Einzelpersonen	36,- €
Ehepaare	52,- €
Schüler, Studenten, Auszubildende, Rentner	18,- €
Studenten- und Rentnerehepaare	26,- €

* Die Mitgliedschaft bezieht sich auf ein Kalenderjahr und verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Jahresende. Die Kündigung muss schriftlich erfolgen.