MITGLIEDSCHAFT

HOSPIZ KONSTANZ e.V.
Jeder braucht jemanden. Irgendwann.

Vorname / Nachname

Straße / Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefon / Emailadresse

Hiermit erkläre/n ich/wir meinen/unseren Beitritt zum Hospiz Konstanz e. V.

Ich/wir bin/sind einverstanden, dass folgender Betrag von meinem/unserem Konto abgebucht wird:

- ❑ Jahresbeitrag Einzelperson EUR 40,-
- ❑ Jahresbeitrag jurist. Person EUR 110,-
- ❑ Jahresbeitrag Förderer EUR 500,-
- ❑ ich möchte **zusätzlich zum Jahresbeitrag spenden:**

einmalig _____ EUR **jährlich** _____ EUR

Datum, Ort Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Hospiz Konstanz e.V., Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE26HVK00000328913**
Mandatsreferenz: **(wird Ihnen separat mitgeteilt)**

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Hospiz Konstanz e. V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von dem Hospiz Konstanz e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung/Jahresbeitrag

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN

Datum, Ort Unterschrift

Ihr Mitgliedsbeitrag und Ihre Spenden sind steuerlich absetzbar, da wir vom Finanzamt als gemeinnütziger und mildtätigen Zwecken dienender Verein anerkannt sind.