Hospizgruppe
Dingolfing/Landau e.V.

Antrag auf Mitgliedschaft bei der Hospizgruppe Dingolfing/Landau e.V.

Oberer Stadtplatz 16, 94405 Landau an der Isar

_____
Name, Vorname

_____
Straße, Hausnummer

_____
PLZ, Ort

_____
Telefon

_____
Geburtsdatum

- ❑ Ich möchte Mitglied werden und dadurch die Hospizgruppe unterstützen. Jährlicher Mindestbeitrag: 35,- Euro.
- ❑ Ich beantrage eine Familienmitgliedschaft bzw. Mitgliedschaft für eine nichteheliche Lebensgemeinschaft für die folgenden Personen.

  Jährlicher Mindestbeitrag: 40,- Euro.

_____

_____

Gewünschte Höhe des Betrages: _____ Euro

- ❑ Ich habe Interesse an der Mitarbeit in der Hospizgruppe bzw. an einer Ausbildung zum/zur Hospizhelfer/in.
- ❑ Ich wünsche über folgende E-Mail-Adresse Informationen von der Hospizgruppe zu erhalten:

  _____

SEPA - Lastschriftmandat

Gläubiger-/Identifikations-Nummer:
DE 95 LAN 0000 0143 080

_____
Geldinstitut

_____
IBAN

_____
BIC

Ich ermächtige/wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Hospizgruppe Dingolfing/ Landau e.V**. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift jeweils im April einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Hospizgruppe Dingolfing/ Landau e.V.** auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/wir 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.

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift