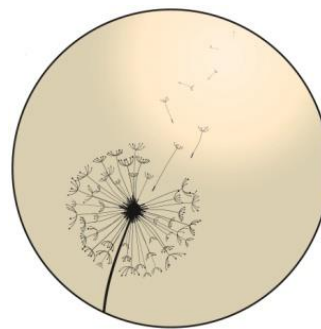


Hospizarbeit Mössingen e.V.



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre(n) ich/wir den Beitritt zur Hospizarbeit Mössingen e.V.
72116 Mössingen, Hirschgasse 5
im Rahmen einer

- Einzelmitgliedschaft
- Familienmitgliedschaft
- Firmenmitgliedschaft

Der Jahres-Mitgliedsbeitrag beträgt

30 € für Einzelmitgliedschaften
35 € für Familienmitgliedschaften
100 € für Firmenmitgliedschaften

Der Jahresbeitrag soll

- von mir/uns bis zum 1.4. des jeweiligen Jahres überwiesen werden (siehe untenstehende Bankverbindungen)
- von der Hospizarbeit Mössingen e.V. per SEPA-Lastschrift zum 1.4. eingezogen werden (bitte Lastschriftmandat umseitig ausfüllen)

- Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass der Schriftverkehr mit mir/uns per E-Mail erfolgt (Einladungen zur Mitgliederversammlung u.ä.).

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass meine/unsere persönlichen Daten von der Hospizarbeit Mössingen e. V. gespeichert und elektronisch verarbeitet werden.

Name

Vorname

Straße

PLZ, Wohnort

Telefon

E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift

Hospizarbeit Mössingen e.V.

Einsatzleitung und Büro: Hirschgasse 5, 72116 Mössingen, Tel: 07473 / 5071063

Vorstand: Dr. Franz Münch, Elbinger Weg 22, 72116 Mössingen, Tel. 07473 / 5288

Monika Bihr, Robert-Koch-Str. 34, 72116 Mössingen Tel. 07473 / 5548

Kassierer: Eugen Mühlberger, Heiligenwaldstr. 22/1, 72108 Rottenburg, Tel. 0160 27 11 709

E-Mail: Info@hospizarbeit-moessingen.de

Internet: www.hospizarbeit-moessingen.de

Bankverbindungen: KSK Mössingen IBAN: DE29 6415 0020 0002 8728 58 BIC: SOLADES1TUB

VR-Bank Tübingen IBAN: DE86 6406 1854 0260 0470 07 BIC: GENODES1STW

SEPA-Basis-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Hospizarbeit Mössingen e.V.
Hirschgasse 5

72116 Mössingen

Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]
DE56ZZZ00000619567

[Mandatsreferenz]

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]
Hospizarbeit Mössingen e.V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]
Hospizarbeit Mössingen 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 Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC¹

IBAN
DE

¹ Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)