

# Mitgliedsantrag



Ich beantrage die Mitgliedschaft in der Hospizinitiative Kreis Viersen e.V., Ambulanter Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienst:

Name

Vorname

Straße

PLZ / Wohnort

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Geb.-Datum

Telefon

E-Mail-Adresse

**Der Jahresbeitrag beträgt 25,- Euro.**

Zusätzlich zu meinem Jahresbeitrag spende ich jährlich:

10 €     20 €     50 €     ..... €

Bitte den gewünschten Betrag deutlich markieren bzw. eintragen.

Wir bitten um Überweisung der Mitgliedsbeiträge auf nachstehend aufgeführtes Konto bei der Sparkasse Krefeld.

IBAN: DE38 3205 0000 0059 3169 01

BIC: SPKRDE33

Ort, Datum

Unterschrift

## Einzugsermächtigung

Um die Kostenbelastung für den Verein möglichst gering zu halten, ermächtige ich die Hospizinitiative Kreis Viersen e.V., den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels wiederkehrender Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Hospizinitiative Kreis Viersen e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Euro (Jahresbeitrag plus event. Spendenbetrag)

Geldinstitut

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Konto-Nr.

BLZ

IBAN

BIC

Ort, Datum

Unterschrift

**Hospizinitiative Kreis Viersen e.V.**

Ambulanter Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienst, Hildegardisweg 3, 41747 Viersen

Tel. 02162-29050, Fax: 02162-102516

hospiz.viersen@t-online.de, www.hospizviersen.de

Unsere Gläubigeridentifikations-Nr.:

DE70ZZZ00000497386

Sparkasse Krefeld, BLZ 320 500 00, Kto. 59 316 901

IBAN DE38 3205 0000 0059 3169 01, BIC SPKRDE33