



Hospizgruppe Land Hadeln e. V.

Beitrittserklärung

Ich möchte Mitglied werden in der

**Hospizgruppe Land Hadeln e.V.,
Cuxhavener Str. 5, 21762 Otterndorf.**

Der Mitgliedsbeitrag pro Jahr beträgt zurzeit 30,00 Euro.

Ich möchte freiwillig einen erhöhten Beitrag von Euro _____ bezahlen.

Spendenquittung ja nein ^{*)}

Ich möchte aktives oder passives Mitglied sein. ^{*)}

in der Sterbebegleitung aktiv werden ^{*)}
(nur mit einem Vorbereitungskurs zur Sterbebegleitung möglich).

^{*)} Zutreffendes bitte ankreuzen.

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Postleitzahl: _____

Wohnort: _____ Geburtsdatum: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Tag des Eintritts: _____

Die Satzung der Hospizgruppe Land Hadeln e.V. erkenne ich verbindlich an. Die Satzung ist auf der Web-Seite (www.hospizgruppe-land-hadeln.de) abgedruckt.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für vereinsinterne Zwecke in einem EDV-Programm gespeichert werden.

Datum und Unterschrift: _____

SEPA – Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE13ZZZ00000911341

Ich ermächtige die Hospizgruppe Land Hadeln e. V. den Beitrag jährlich von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Hospizgruppe Land Hadeln 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.

IBAN _____.

Kreditinstitut _____.

Datum: _____ Unterschrift des Kontoinhabers _____

Bürozeiten: dienstags und donnerstags von 10.00 Uhr bis 12.00 Uhr

Telefon: 04751/900 190

E-Mail-Adresse: info@hospizgruppe-land-hadeln.de

Internet-Adresse: www.hospizgruppe-land-hadeln.de

Bankverbindung: WESPA (Weser-Elbe-Sparkasse), IBAN: DE79 2925 0000 0151 0106 50 BIC: BRLADE21BRS