



Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Hospizverein Landkreis Roth e.V.

Name und Vorname: (Kontoinhaber)

Straße:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

Telefon:

Emailadresse:

Datum: Unterschrift:

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Die Mitgliedschaft beginnt mit der Annahme des Antrages.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Hospizverein Landkreis Roth e.V., meinen Mitgliedsbeitrag in Höhe von **jährlich 25 € oder** € (freiwilliger Beitrag) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Hospizverein Landkreis Roth e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Der o.g. Erstbeitrag wird am letzten Freitag des Folgemonats der Beitrittserklärung, die Folgebeiträge jährlich am letzten Freitag des Monats Februar eingezogen.

Kontoinhaber:

Kreditinstitut:

IBAN:

Ort: Datum:

Unterschrift:

1. Vorsitzender
Klaus Rettlinger

Telefon: 09171 1545

Bankverbindung:

VR Bank Mittelfranken Mitte
IBAN: DE72 7656 0060 0000 1244 35
BIC: GENO DE F1 ANS
info@hospizverein-landkreis-roth.de

Anschrift:

Hospizverein Landkreis Roth e.V
Norisstraße 28
91154 Roth
www.hospizverein-landkreis-roth.de