



Beitrittserklärung

Alle Angaben werden vertraulich behandelt

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als Mitglied zum Hospizverein Schwabach e. V.

Nach- u. Vorname _____

geboren am _____

Straße, PLZ, Wohnort _____

Beruf _____

Telefon _____ Email _____

Datum _____ Unterschrift _____

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE40ZZZ00000551633

Mandatsreferenz (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Hospizverein Schwabach e.V., meinen **Mitgliedsbeitrag** in Höhe von _____ € pro Jahr (mindestens 20,- €) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Hospizverein Schwabach e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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. Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung

Vor- und Nachname (**Kontoinhaber**) _____

Straße u. Hausnummer _____

Postleitzahl u. Ort _____

IBAN _____ BIC _____

Datum _____ Unterschrift _____

Hospizverein Schwabach e. V. – Regelsbacher Straße 9 - 91126 Schwabach

Tel. 09122 8878751 – Fax 09122 6945045

Email: info@hospizteam-schwabach.de – homepage: www.hospizteam-schwabach.de

Bankverbindung: Sparkasse Mittelfranken-Süd – BIC: BYLADEM1SRS – IBAN: DE45 7645 0000 0750 3614 61

Stand: Februar 2017