



# Hospizgruppe Land Hadeln e. V.

## Beitrittserklärung

**Ich möchte Mitglied werden in der Hospizgruppe Land Hadeln e.V., Sackstr.4, 21762 Otterndorf.**

Der Mitgliedsbeitrag pro Jahr beträgt zurzeit 30,00 Euro.

Ich möchte freiwillig einen erhöhten Beitrag von Euro \_\_\_\_\_ bezahlen.

Spendenquittung  ja  nein <sup>\*)</sup>

Ich möchte  aktives oder  passives Mitglied sein. <sup>\*)</sup>

in der Sterbebegleitung aktiv werden <sup>\*)</sup>  
(nur mit einem Vorbereitungskurs zur Sterbebegleitung möglich).

<sup>\*)</sup> 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.

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 \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

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