

# Beitrittserklärung



- > Vorname, Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_
- > Straße, Nr. \_\_\_\_\_
- > PLZ, Ort \_\_\_\_\_
- > Telefon \_\_\_\_\_
- > E-Mail \_\_\_\_\_
- > Beruf \_\_\_\_\_ Jahresbeitrag \_\_\_\_\_
- > Datum/Unterschrift \_\_\_\_\_

## Einzugsermächtigung

Hospizverein Kronach e. V. | Lucas-Cranach-Straße 10 | 96317 Kronach  
 VR Bank Oberfranken Mitte eG. | IBAN DE96 7719 0000 0000 3001 44  
 Gläubiger-Identifikationsnummer DE 43 ZZZ 00000 831746 | Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt

## Jahresbeitrag des Hospizvereins

Einzelperson: 30.- Euro  
 (Ehe)Paare: 50.- Euro  
 Rentnerhepaare 30.- Euro  
 Rentner, Schüler 15.- Euro  
 Juristische Personen 60.- Euro

- Ich möchte mehr Informationen über die Hospizarbeit erhalten
- Ich möchte aktiv im Hospizverein mitarbeiten
- Ich möchte die Hospizarbeit als förderndes Mitglied unterstützen
- Ich möchte als ehrenamtlicher/-e Hospizhelfer/-in begleitend tätig sein

Hiermit ermächtige ich den Hospizverein Kronach e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschriftmandat einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Hospizverein Kronach 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.

**Hinweis:** Meine Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich von meinem Kreditinstitut erhalten habe.

- \_\_\_\_\_
- > Kreditinstitut
- DE \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_
- > IBAN
- \_\_\_\_\_
- > Datum, Unterschrift