



Mitgliedsantrag

(bitte in Druckbuchstaben ausfüllen und an die u.g. Adresse per Post oder als Scan via E-Mail verschicken)

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein „Ambulanter Hospizdienst Elsenzthal“.

Name _____

Geburtsdatum _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ, Wohnort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Mein jährlicher Mitgliedsbeitrag soll betragen: _____ Euro. (Mindestens 25,- €)

() Ich ermächtige den Verein „Ambulanter Hospizdienst Elsenzthal e.V.“ den angegeben Beitrag bis auf schriftlichen Widerruf von meinem Konto durch SEPA – Lastschrift zum 31.03. jeden Jahres einzuziehen.

Geldinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

KontoinhaberIn: _____

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____