



Lingener Hospiz e.V., Universitätsplatz 1, 49808 Lingen, Tel. 0591 83 16 47,
Fax: 0591 9 11 96 50, mail@lingener-hospiz.de
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE17ZZZ00000208310

Mandatsreferenz: _____ = Mitgliedsnummer (wird vom Verein vergeben)

Ich möchte Mitglied werden. Grundlage der Mitgliedschaft ist unsere Satzung vom 24.02.2015.

Name/Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____

Email: _____

Mein Jahresbeitrag: _____

(Jahresbeitrag lt. geltender Beitragsordnung z.Zt. mindestens 18,00 €)

Ich nehme zur Kenntnis, dass im Rahmen meiner Vereinsmitgliedschaft personenbezogene Daten unter Beachtung der Datenschutzgesetze gespeichert werden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

SEPA-Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige den Lingener Hospiz e.V., Beitragszahlungen lt. Beitrittserklärung von meinem Konto, mittels Lastschrift am **1. Werktag im April**, einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Lingener Hospiz e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: _____ Bank: _____

Kontonummer: _____ BLZ _____

Kreditinstitut des Zahlers _____ BIC _____ | _____

IBAN: D E __ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____

Erstes Buchungsdatum: _____

(Bei Eintritt nach dem 01. April und vor dem 31. Dez. des laufenden Jahres)

(Ort, Datum)

(Unterschrift)