

# Beitrittserklärung

Hiermit trete ich dem Verein **Hospizinitiative Eutin e.V., Albert-Mahlstedt-Str. 20, 23701 Eutin**, bei.

(Bitte Unterschrift ganz unten nicht vergessen)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße Nr: \_\_\_\_\_

PLZ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: (freiwillige Angabe) \_\_\_\_\_

e-Mail: (freiwillige Angabe) \_\_\_\_\_

Ich möchte meinen Mitgliedsbeitrag von \_\_\_\_\_ EUR pro Jahr (Mindestbeitrag 12 EUR jährlich) ab 1. \_\_\_\_\_ (Monat) \_\_\_\_\_ (Jahr) wie folgt einziehen lassen:

jährlich einmalig    vierteljährliche Rate    monatliche Rate (Zutreffendes bitte ankreuzen).

Ich bitte um eine Spendenbescheinigung.

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Hospizinitiative Eutin e.V. (Gläubiger-Identifikationsnummer: DE61ZZZ00000260674), Zahlungen für Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Hospizinitiative Eutin 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. Die Mandatsreferenz **wird nachgeliefert**.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (wenn abweichender Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße, Postleitzahl Ort (wenn abweichender Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name und BIC)

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort und Unterschrift

Falls Sie kein Lastschriftmandat erteilen möchten, zahlen Sie Ihren Beitrag auf unser Konto mit der Nummer DE41 2135 2240 0000 0670 25 bei der Sparkasse Holstein (BIC NOLADE21HOL).

Datum, Ort und Unterschrift: \_\_\_\_\_