



Förderverein Hospizbewegung Westmünsterland, Velen e.V

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Förderverein Hospizbewegung Westmünsterland, Velen e.V., Großer Esch 6, 46342 Velen

Name: _____ Vorname _____

Straße: _____ PLZ/Ort _____

Telefon: _____ geb. am _____

email: _____

Bereits Ausbildung in Sterbebegleitung/Hopizbetreuung vorhanden?

Nein Ja, welche _____

Der Mitgliedsbeitrag beträgt € 2 pro Monat (24 € pro Jahr) und ist per 30.06. eines jeden Geschäftsjahres zur Zahlung fällig oder bei monatlichen Zahlungen immer am letzten Arbeitstag des Monats. Bei einem Eintritt im laufenden Jahr ist der Beitrag des laufenden Jahres fällig. Freiwillige Zuwendungen sind jeweils, je nach Rhythmus, zum gleichen Termin fällig.

Bitte ankreuzen: Monatliche Zahlung (2 €)

Jährliche Zahlung (24 €)

Die Kündigung der Mitgliedschaft ist zum 31.12. jeden Jahres mit einer Frist von drei Monaten möglich und bedarf der Schriftform (vgl. Satzung § 5). Über den Mitgliedsbeitrag hinaus unterstütze ich den Verein durch eine freiwillige, zusätzliche :

Jährliche Zuwendung von _____ €, in Worten € _____ oder

Monatliche Zuwendung von _____ €, in Worten _____ oder

Einer einmaligen Zuwendung von _____ €, in Worten: _____

Ort/Datum/Unterschrift: _____



Förderverein Hospizbewegung Westmünsterland, Velen e.V

Sepa Lastschrift-Mandat

für den

Förderverein Hospizbewegung Westmünsterland, Velen e.V., 46342 Velen,
Gläubiger-ID: DE30ZZZ00001914306; Mandatsreferenz = Mitgliedsnummer

Ich ermächtige den o.a. Verein, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschriften einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom o.a. Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen (bitte zutreffendes ankreuzen).

Hinweis: Der Beitrag beträgt aktuell 24 € im Jahr und wird jeweils zum 30.06. eingezogen. 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.

_____ Jahresbeitrag von 24 € (in Worten: Euro vierundzwanzig)

_____ Monatsbeitrag von 2 € (in Worten: Euro zwei)

_____ freiwillige Zuwendung von _____ € (in Worten): € _____

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

Bank: _____

Dieses Mandat gilt so lange, bis ich es schriftlich widerrufe.

Ort/Datum/Unterschrift: _____

Bankverbindungen: IBAN DE93 4286 1387 1319 0931 00
IBAN DE82 4015 4530 0038 3550 95