



Förderverein Hospizbewegung
Westmünsterland, Velen e.V.



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.
Die Beiträge sind steuerlich abzugsfähig.

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 Spende:

Jährliche Zuwendung von _____ €, in Worten € _____ oder

Monatliche Zuwendung von _____ €, in Worten _____ oder

Einer einmaligen Zuwendung von _____ €, in Worten: _____

Gerne stellen wir Ihnen eine Spendenquittung aus!

Ort/Datum/Unterschrift: _____

Mithelfen und Mitglied werden

Beitrittserklärung

ausfüllen

jetzt

Wir sind auch
im Internet:

www.hospizbewegung-velen.de

Vielen Dank für Ihre Hilfe!



Empfänger:

Förderverein Hospizbewegung
Westmünsterland, Velen e.V.
Großer Esch 6
46342 Velen

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