

HospizVerein Bergstraße e.V.  
Am Wambolterhof 4-6  
64625 Bensheim

**Oder mailen an:**

verein@hospiz-bergstrasse.de

**Bei Fragen:**

06251 98945-0 oder verein@hospiz-bergstrasse.de

## Ja! Ich will Mitglied werden im HospizVerein Bergstraße e. V.

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

E-Mail

Telefon

Geburtsdatum

Beruf

Der HospizVerein Bergstraße e.V. informiert über die Hospizarbeit an der Bergstraße.

Ich bitte um

- die Zusendung des Hospizbriefes per Post (3x / Jahr)
- die Zusendung des Hospizbriefes und der Newsletter des HospizVereins Bergstraße per Mail (6x / Jahr)

Die Genehmigung zur Zusendung dieser Informationen kann ich jederzeit widerrufen.

Ich erkenne die Satzung des HospizVereins Bergstraße e. V. an.

Datum

Unterschrift

### SEPA-Lastschriftmandat

HospizVerein Bergstraße e. V.

Am Wambolterhof 4-6, 64625 Bensheim

Gläubiger-Identifikationsnummer DE52ZZZ00000214470

Hiermit ermächtige ich den HospizVerein Bergstraße e. V. meinen Mitgliedsbeitrag

- in Höhe von 5 Euro monatlich (Mindestbeitrag)
- in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro monatlich
- in Höhe von 60 Euro jährlich (Mindestbeitrag)
- in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro jährlich
- in Höhe von 30 Euro jährlich (Rentner, Studierende)

bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos durch Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom HospizVerein Bergstraße 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.

KontoinhaberIn

Kreditinstitut

IBAN

Datum

Unterschrift