

■ AUFNAHMEANTRAG

Ich möchte Mitglied im Neuwieder Hospiz e.V. werden.

Name

Straße

PLZ Ort

Telefon-Nr.

Geburtsdatum

Ich bin bereit jährlich einen Betrag von

€

zu entrichten (steuerlich absetzbar).

Datum

Unterschrift

■ EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, den von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen.

Bankverbindung:

Konto/IBAN

BLZ/ SWIFT-BIC

Kreditinstitut