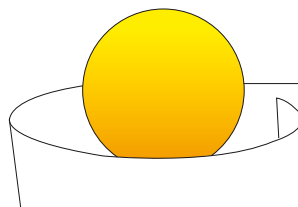


Mitgliedsantrag



Förderverein Palliative Patienten-Hilfe
Hanau e.V.

An (Zahlungsempfänger)

Förderverein Palliative Patienten-Hilfe Hanau e.V.
c/o St.Vinzenz-Krankenhaus
Herrn Ralf Schilling - Schatzmeister
Am Frankfurter Tor 25 | 63450 Hanau

Mitglied (Titel, Vorname, Name)

Geburtsdatum

dienstlich

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Fax

Mobil

E-Mail

privat

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Fax

Mobil

E-Mail

Jahresbeitrag für

- Einzel-/ Privatpersonen* € 20,00
 Eheleute* € 30,00
 Juristische Personen/Körperschaften/Vereine* € 100,00
 zusätzlich eine jährliche Spende in Höhe von* € _____

*zutreffendes bitte ankreuzen

Achtung: Bitte füllen Sie noch das umseitige Formular „Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats“ aus. Der Jahresbeitrag wird jeweils zum 15. Januar eines Jahres abgebucht. Sollte der 15. Januar auf einen Samstag, Sonntag oder Feiertag fallen, wird der Beitrag am nächst folgenden Bankarbeitstag abgebucht.

Hiermit beantrage(n) ich (wir) die Mitgliedschaft im Förderverein Palliative Patienten-Hilfe Hanau e. V. zum nächst möglichen Datum. Die Mitgliedschaft kann jeweils zum Jahresende schriftlich gekündigt werden. Mit der Satzung des Vereins erkläre(n) ich mich (wir uns) einverstanden. Änderungen meiner (unserer) Daten werde(n) ich (wir) dem Vorstand unverzüglich mitteilen. Die aktuellen Datenschutzrichtlinien werden über die Satzung veröffentlicht.

Ort, Datum

Unterschrift(en)



Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Förderverein Palliative Patienten-Hilfe Hanau e. V.

Anschrift des Zahlungsempfängers**Straße und Hausnummer:**

Am Frankfurter Tor 25

Postleitzahl und Ort:

63450 Hanau

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE19ZZZ00000085181

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)****Straße und Hausnummer:****Postleitzahl und Ort:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):**

D E

BIC (8 oder 11 Stellen):

D E

Ort:**Datum (TT/MM/JJJJ):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**