

Der christliche Hospizverein Morbach e.V. unterstützt unseren Ambulanten Hospiz- und Palliativberatungsdienst. Wir würden uns auch über Ihre Unterstützung freuen! **Vielen Dank!**

BEITRITTSEKLÄRUNG

Ich/Wir

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Erkläre/n hiermit meinen/unseren Beitritt zum

CHRISTLICHEN HOSPIZVEREIN MORBACH E.V.

Meine/Unsere Adresse:

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.-Nr.: _____

E-Mail: _____

Mindestbeitrag derzeit: 36,00 € / jährlich

Freiwilliger Beitrag: _____ € / jährlich

Ich/Wir ermächtige(n) Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Beiträge bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen.

IBAN: _____

BIC: _____

Geldinstitut: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Hinweis zum Datenschutz: Die Datenerhebung und Datenverarbeitung ist für den Beitritt erforderlich und beruht auf §6 Abs.1 S.1 lit. c KDG. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Daten werden gelöscht, sobald sie für den Zweck ihrer Verarbeitung nicht mehr erforderlich sind.

Unsere vollständige Datenschutzerklärung können Sie auf unserer Webseite einsehen.

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Zahlungsempfänger:

Christlicher Hospizverein Morbach e.V.

Jugendherbergstraße 25 · 54497 Morbach

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 06 222 00000 822 809

Bank: VR-Bank Morbach

IBAN: DE17 5706 9806 0000 1011 00 · BIC: GENODED1MBA

Bank: KSK Bernkastel-Wittlich

IBAN: DE02 5875 1230 0032 3686 98 · BIC: MALADE51BKSS

Ich ermächtige/wir ermächtigen den Zahlungsempfänger Christlicher Hospizverein Morbach e.V Zahlungen von meinem Konto/von unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Christlicher Hospizverein Morbach e.V. 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 mir meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung

Zahlungspflichtiger:

Name und Vorname (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

PLZ, Ort

Name des Kreditinstituts:

IBAN

BIC

Ort

		.			.			
--	--	---	--	--	---	--	--	--

Datum

Unterschrift

Vorabbenachrichtigung: der Christliche Hospizverein Morbach e.V. teilt dem Vereinsmitglied/ den Vereinsmitgliedern mit: den vereinbarten Mitgliedsbeitrag ziehen wir mit einer SEPA-Lastschrift zur separat mitgeteilten Mandatsreferenz und zur Gläubiger-Identifikationsnummer DE 06 222 00000 822 809 zu Lasten Ihrer genannten Kontoverbindung jährlich ein. Fällt der Fälligkeitstag auf einen Feiertag oder ein Wochenende, verschiebt sich der Fälligkeitstag auf den ersten folgenden Werktag.