

Beitrittserklärung

Evangelischer
Hospiz- und Palliativ-Verein
Darmstadt e.V.

Landgraf-Georg-Straße 100
D-64287 Darmstadt

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Evangelischen Hospiz- und Palliativ-Verein Darmstadt e.V.

ab dem

Der Mitgliedsbeitrag beträgt **30 Euro**. Für Einrichtungen, Verbände und Institutionen **100 Euro**.

Name, Vorname:

Einrichtung / Firma:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Geburtsdatum:

Telefon- / Faxnummer:

E-Mail:

Datum / Unterschrift :

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige(n) ich/wir widerruflich die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen für den Mitgliedsbeitrag mittels Lastschrift vom unten angegebenen Konto einzuziehen.

jährlich zum:

Kontoführendes Geldinstitut:

Kontonummer, Bankleitzahl:

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Datum / Unterschrift :

Wenn mein/unsere Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist, besteht keine Verpflichtung zur Einlösung seitens des kontoführenden Geldinstitutes.

Bankverbindung Evang. Hospiz- und Palliativ-Verein Darmstadt e.V.
Sparkasse Darmstadt, BLZ 508 501 50, Konto-Nr. 716 588

löschen

drucken