

Quakenbrücker Hospizverein Leben bis zuletzt e.V.

Artlandstraße 55 - 49610 Quakenbrück



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Betritt zum Quakenbrücker Hospizverein Leben bis zuletzt e.V.

Vorname/ Name	
Straße	
PLZ / Ort	
Geburtsdatum	
Telefon	
E-Mail*	

--	--

Ort, Datum

Unterschrift

(bei Minderjährigen) Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

SEPA - Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE86ZZZ00000126364

Mandatsreferenz:

WIRD SEPARAT MITGETEILT*

Ich ermächtige den Quakenbrücker Hospizverein Leben bis zuletzt e.V. fällige Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Quakenbrücker Hospizverein Leben bis zuletzt e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Kontoinhabers	
Kreditinstitut (Name und BIC)	
IBAN	DE

--	--

Ort, Datum

Unterschrift

(Kontoinhaber oder Bevollmächtigter)

* Die SEPA-Mandatsreferenz wird an die E-Mailadresse versandt.