



## Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich,

**Name, Vorname** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Straße** \_\_\_\_\_

**PLZ / Wohnort** \_\_\_\_\_

**Telefon** \_\_\_\_\_

**E-Mail** \_\_\_\_\_

die Aufnahme in den Hospizdienst Delmenhorst e.V. ab dem: \_\_\_\_\_

Der Jahresbeitrag von \_\_\_\_\_ € (Mindestbeitrag pro Person 35,00 €) wird jeweils zum 31.03. jeden Jahres fällig.

Bei Abgabe eines SEPA-Lastschriftmandates erfolgt der Einzug jährlich zum 31.03. In Ausnahmefällen ist auch eine Überweisung auf unser Konto bei der Landessparkasse zu Oldenburg, IBAN DE76 2805 0100 0030 1034 10; BIC SLZODE22XXX möglich.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### **SEPA-Lastschriftmandat** (wiederkehrende Zahlungen)

Ich ermächtige den Hospizdienst Delmenhorst e.V., den Jahresbeitrag für meine Mitgliedschaft von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Hospizdienst Delmenhorst e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

<b>Kreditinstitut</b>	
<b>IBAN</b>	DE
<b>Konto-Inhaber</b>	

Die Daten werden zur Vereinsverwaltung auf elektronischen Datenträgern während der Mitgliedschaft gespeichert.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift