



HOSPIZGEMEINSCHAFT
ARCHE NOAH HOCHTAUNUS

Hospizgemeinschaft Arche Noah e.V.
Brunhildestrasse 14
61389 Schmitten-Niederreifenberg

Ja, ich möchte Mitglied werden.

Name _____

Vorname _____

Straße _____

PLZ/Wohnort _____

Telefon _____

Mail _____

Förderer aktives Mitglied

Mitgliedsbeitrag _____ € (Mindestjahresbeitrag 40,00 €)

Datum Beginn der Mitgliedschaft _____

Ort/Datum _____ / _____

Unterschrift _____

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE41VER00000382866**

Mitgliedsnummer: _____

(Sie wird von der Hospizgemeinschaft ausgefüllt und vor Einzug mitgeteilt. Die Mitgliedsnummer ist gleichzeitig die Mandats-Referenz-Nummer beim Einzug per SEPA-Basis-Lastschrift.)

Ich ermächtige die Hospizgemeinschaft Arche Noah Hochtaunus e.V., den von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag (Beitragshöhe wie im Aufnahmeantrag angegeben) jährlich mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Hospizgemeinschaft Arche Noah auf mein Konto gezogene Lastschrift 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. Der Bankeinzug erfolgt jeweils am 1. Bankarbeitstag im April jeden Jahres.

Kreditinstitut _____

Konto-Nr. _____ BLZ _____

IBAN (max. 22 Stellen) DE _____ BIC _____

Ort/Datum _____ Unterschrift _____