

# Mitgliedserklärung

Ich möchte Mitglied im Verein Netzwerk Hospizarbeit Plettenberg e.V. werden.

Gläubiger Identifikationsnummer:  
DE82ZZZ00001485309

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ / Ort:** \_\_\_\_\_

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

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

---

**Ort, Datum**

**Unterschrift**

Meinen Jahresbeitrag (ab 15,00 €) zahle ich durch Einzugsermächtigung wie unten angegeben. Beiträge und Spenden sind steuerlich absetzbar. Eine entsprechende Spendenbescheinigung wird am Ende des Jahres ausgestellt. Die Abbuchung erfolgt im Dezember.

Wir weisen gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz darauf hin, dass zum satzungsgemäßen Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung Daten der Mitglieder in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden.



# SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Verein Netzwerk Hospizarbeit Plettenberg e.V., Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Verein Netzwerk Hospizarbeit Plettenberg 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 mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Mitgliedsbeitrag pro Jahr:** \_\_\_\_\_ **Euro**

**IBAN:** DE \_\_\_\_\_

**BIC:** \_\_\_\_\_

**Bank:** \_\_\_\_\_

**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ / Ort:** \_\_\_\_\_

**Ort, Datum**

**Unterschrift**

Bitte senden an:

**Netzwerk Hospizarbeit Plettenberg e.V.**

**Koordinationsstelle**

**Auf der Ennest 38**

**57368 Lennestadt-Altenhudem**

