



Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Förderverein.
Der Mitgliedsbeitrag beträgt 5 EUR pro Monat.

Mitglied als Einzelperson

Mitgliedschaft als Firma/Unternehmen

Ich möchte den monatlichen Mitgliedsbeitrag um einen Spendenbeitrag in Höhe von
_____EUR pro Monat erhöhen.

Name, Vorname:

Straße, Hausnr.:

PLZ Ort:

Geburtsdatum:

Telefon:

E-Mail:

Meine Mitgliedschaft soll ab dem: _____ beginnen.
Monat / Jahr

SEPA-Lastschriftmandat
für wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger-ID: DE66ZZZ00002477228
Mandatsreferenz: Jahresbeitrag

Ich ermächtige ich den Förderverein Solling-Hospiz Christine Amalie e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein Solling-Hospiz Christine Amalie 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.

Kontoinhaber:		Bank:	
IBAN:	DE	BIC:	

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller