



Beitrittserklärung

Name

Vorname

Straße

PLZ / Wohnort

Geb.-Datum

Telefon

Beruf

E-Mail-Adresse

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Hospizkreis Minden e.V. Die Satzung erkenne ich an.

Ich zahle folgenden Mitgliedsbeitrag:

48€ Mindestbeitrag/Jahr

_____ €/Jahr als freiwilligen Beitrag

*In Härtefällen kann der Jahresbeitrag nach Absprache mit dem Hospizbüro gemindert werden.

Überweisungen

Ich überweise jährlich zum 01.03. auf das Konto 890 110 200 – BLZ 490 601 27, Volksbank Minder Land e.G.

IBAN: DE06 4906 0127 0890 1102 00

BIC: GENODEM1MPW

Ort / Datum

Unterschrift

ODER

Lastschriftinzug auf Widerruf

Ich erteile eine Einzugsermächtigung. Der Beitrag wird jährlich zum 01.03. abgebucht.

Geldinstitut

Konto

Bankleitzahl

IBAN

BIC

Ort / Datum

Unterschrift

Gläubiger-Identifikationsnummer des Hospizkreises:
DE23ZZZ00000094712