



Beitrittserklärung

Ich möchte aktives Mitglied werden förderndes Mitglied sein

Name / Vorname Geb.-Datum

Beruf Telefon

Straße PLZ / Wohnort Email-Adresse

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Hospizkreis Minden e. V.

Die Satzung erhalte ich mit meinem Beitritt / habe ich auf Wunsch vorab erhalten
(Nichtzutreffendes bitte streichen)

Ich zahle folgenden Mitgliedsbeitrag:

den **Mindestbeitrag** von z. Zt. **€ 30,00 / Jahr**
(**€ 20,00** für weitere Familienangehörige **pro Person / Jahr** – Juristische Personen **€ 75,00 / Jahr**)
(Nichtzutreffendes bitte streichen)

freiwillig einen höheren Beitrag von € _____ / Jahr.

Ort / Datum Unterschrift

Einzugsermächtigung

Hiermit **bevollmächtige** ich den **Hospizkreis Minden e.V.**, den o.a. Mitgliedsbeitrag bis auf
Widerruf von meinem Girokonto abzubuchen:

Konto-Nr. Kreditinstitut BLZ

Ort / Datum Unterschrift

Oder: Ich **überweise** den o.a. Mitgliedsbeitrag *innerhalb des ersten Quartals* einen jeden Jahresauf
das: Konto: 890 110 200 des Hospizkreises Minden e. V., bei der Spadaka Minden eG, BLZ 490 601 27

Ort / Datum Unterschrift