

Beitrittserklärung

Name

Vorname

Straße

PLZ / Wohnort

Geb.-Datum

Telefon

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 bei der Volksbank Herford-Mindener Land e.G.

IBAN: DE13 4949 0070 0890 1102 00

BIC: GENODEM1HFV

Ort / Datum

Unterschrift

ODER

Lastschrifteinzug auf Widerruf

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

Geldinstitut

IBAN

BIC

Ort / Datum

Unterschrift

Gläubiger-Identifikationsnummer des Hospizkreises:
DE23ZZZ00000094712

Alle uns bekannten Daten werden ohne Ihre Zustimmung nicht an Dritte weitergegeben und nur für Informationszwecke des Hospizkreises Minden e.V. gespeichert. Die vollständige Datenschutzerklärung, die Sie mit dieser Beitrittserklärung akzeptieren, können Sie auf unserer Internetseite www.hospizkreis-minden.de einsehen.