



# Ökumenischer Hospizdienst Rös Rath e.V.

## Beitrittserklärung

Bitte vollständig ausgefüllt senden an:

**Ökumenischer Hospizdienst Rös Rath e.V.**  
**Volberg 4**  
**51503 Rös Rath**

Ich/wir möchte(n) Mitglied werden im Ökumenischen Hospizdienst Rös Rath e.V.

Name(n), Vorname(n)

Straße

PLZ

Ort

Bitte informieren Sie mich/uns per Mail über Ihre Veranstaltungen und Termine

E-Mail

Datum

Unterschrift(en)

## Zahlungsweise

Der Mitgliedsbeitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ € jährlich wird überwiesen.

SEPA-Lastschriftmandat

### Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE57ZZZ00000410029

**Mandatsreferenz:** Mitgliedsnummer, wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige den Ökumenischen Hospizdienst Rös Rath e.V., bis auf Widerruf, die jährlichen Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Ökumenischen Hospizdienst Rös Rath e.V auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Zahlungsart:** Wiederkehrende Zahlung

Name

Vorname des/der Kontoinhaber/in

Straße

PLZ

Ort

IBAN

Datum

Unterschrift