



# 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 in Höhe

von \_\_\_\_\_ € 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