



Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich/wir meinen/unsere Mitgliedschaft im
Förderverein Caritashospiz „Mutter Teresa“ e.V.:

Lindenallee 44
37308 Heilbad Heiligenstadt

Name, Vorname* _____

Straße, Hausnummer* _____

PLZ, Ort* _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____

E-Mail* _____

Beruf _____

Datum, Unterschrift* _____

Ich/Wir lege(n) unseren/meinen Jahresbeitrag auf Euro fest (Mindestbeitrag 35,00 Euro).

Der Jahresbeitrag wird gemäß Satzung per Lastschriftverfahren eingezogen. Bitte füllen Sie dazu die Rückseite aus.

(* Angabe zwingend erforderlich)



FÖRDERVEREIN
CARITASHOSPIZ MUTTER TERESA

SEPA-Lastschriftmandat

Lindenallee 44
37308 Heilbad Heiligenstadt

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE17ZZZ00002646599**

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

SEPA-Lastschriftmandat

Ich / Wir ermächtige(n) den Förderverein Caritashospiz Mutter Teresa e.V., den umseitig genannten Jahresbeitrag, bis auf Widerruf von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich / wir mein / unser Kreditinstitut an, die vom Förderverein Caritashospiz Mutter Teresa e.V. auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von 8 Wochen beginnend mit dem Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber _____

IBAN _____

BIC _____

Kreditinstitut _____

Ort, Datum, Unterschrift _____