HOSPIZVEREIN

ROTHENBURG OB DER TAUBER e.V.

Mitgliedserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Hospizverein Rothenburg o.d.T e.V.

Name, Vorname

Straße, HausNr.

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Beruf (freiwillig)

Geburtsdatum (freilillig)

Datum, Unterschrift

Sepa-Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige den Hospizverein Rothenburg, den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto einzuziehen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN: DE

Datum, Unterschrift

Falls von der Mitgliedserklärung abweichend:

Kontoinnhaber: Name, Vorname

Straße, HausNr.

PLZ, Ort

Hospizverein Rothenburg o.d.T. e.V. | Erlbacher Straße 82 | 91541 Rothenburg | Tel.: 0151/54 80 93 53
Fax: 09861/9 39 88 | mail: hospizverein-rothenburg@web.de | www.hospizverein-rothenburg
Bankverbindung: Sparkasse Rothenburg IBAN DE29 765 518 60 0000 616 540