



# 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 (freiwillig)
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:

Kontoinhaber: Name, Vorname
Straße, HausNr.
PLZ, Ort