Beitrittserklärung

Ort, Datum

Förderverein Kinder- und Jugendhospiz Joshuas Engelreich Wilhelmshaven e.V. Schatzmeister Bernd Watermann Georg-Schipper-Straße 148 26388 Wilhelmshaven

Mail-Adresse: foerderverein@kinderhospizwilhelmshaven.de

Tel.: 04421/9660015 (Frau Friedrichs / Hospiz)

Hiermit erkläre ich (Blockschrift),		
Name, Vorname :		
Straße, Nr.:		
PLZ, Ort:		
Telefon; Email:/	;;	
meinen Beitritt (Einzelmitgliedschaft) zum Förder	verein Kinder- und Jugendhospiz Joshuas	Engelreich Wilhelmshaven e.V
zugeschickt werden. Der Mitgliedsbeitrag wir Lastschriftmandats eingezogen. Die Mitgliedsch	rd jährlich zum 15. Oktober oder der aft endet mit der schriftlichen Austrittserk des Kalenderjahres. Die persönlichen	nshaven.de/foerderverein eingesehen oder auf Wunsch m folgenden Werktag mittels eines erteilten SEPA-lärung gegenüber dem Vorstand unter Einhaltung einer n Daten werden ausschließlich zum Zwecke der mation mit Angabe der neuen Kontodaten.
Jahresbeitrag (bitte ankreuzen oder ggf. ergänze	n)	
o 60 € (Mindestbeitrag)	o 75€	o 100 €
o 125€	o 150 €	o 175€
。 200€	o 250 €	o 300 €
o€ (höherer Beitrag im eigenen E	irmessen)	
Jahresende eine Zuwendungsbestätigung erstelli	Unterschrift	
Ort, Datum	Unterschnit	
SEPA-Lastschriftma Förderverein Kinder- und Jugendhospiz Joshuas Kurt-Schumacher-Straße 241, 26389 Wilhelmsha	Engelreich Wilhelmshaven e.V. aven	
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE43ZZZ00 Mandatsreferenz: Ihre Mitgliedsnummer	0001242347	
	h weise ich mein Kreditinstitut an, die	Engelreich Wilhelmshaven e.V. Zahlungen von meinem e vom Zahlungsempfänger Förderverein Kinder- und riften einzulösen.
Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, b dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten B		Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten nde Zahlung
Name, Vorname :(Kontoinhaber)		
Straße, Nr.:		
PLZ, Ort::		
IBAN		ВІС
	<u> </u>	<u> </u>

Unterschrift Kontoinhaber