

# Beitrittserklärung



**AMBULANTER HOSPIZDIENST**  
für den Landkreis Wittmund e.V.

Drostenstr. 19 26409 Wittmund  
Tel. 0 44 62-9 86 00 82 Fax: 0 44 62-9 86 12 32  
info@hospiz-wittmund.de / www.hospiz-wittmund.de

Ich möchte den Ambulanten Hospizdienst für den Landkreis Wittmund e.V. unterstützen und erkläre hiermit meinen Beitritt als

- förderndes Mitglied
- aktives Mitglied

Unsere jährlichen Mindestbeiträge (EUR)	
Einzelpersonen	31,00
Ehepaare und Lebensgemeinschaften	46,00
Erwerbslose	15,00
Firmen und juristische Personen	61,00

Auf Antrag kann ein individueller Beitrag vereinbart werden.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

---

## SEPA-Basislastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE83ZZZ00000599487  
Mandatsreferenz-Nr. : wird nachgereicht

Hiermit ermächtige ich den Ambulanten Hospizdienst für den Landkreis Wittmund e.V. widerruflich den von mir zu entrichtenden Jahresbeitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ € bei Fälligkeit von meinem Girokonto

IBAN:                      bei der \_\_\_\_\_

BIC:           mittels Lastschrift einzuziehen.

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

\_\_\_\_\_ den \_\_\_\_\_  
Ort Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift