



Hospizmodell Bremerhaven e.V.  
Bülkenstr. 31  
27570 Bremerhaven  
DE85ZZZ00000083314 ●

● Gläubiger-Ident. Nr.:

**Beitrittserklärung:**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse u. Nr.: \_\_\_\_\_

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

Telefon und Email: \_\_\_\_\_

Ich erkläre hiermit den Beitritt zum Hospizmodell Bremerhaven e.V. Ich bin einverstanden, dass meine Angaben gespeichert und für Belange des Vereins genutzt werden.

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats:**

Ich ermächtige/wir ermächtigen den Hospizmodell Bremerhaven e.V. (Gläubiger-Id.-Nr. DE85ZZZ00000083314), den Jahresbetrag von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Hospizmodell Bremerhaven e.V. auf unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.

\_\_\_\_\_ Mandats-Referenz-Nr.:  
(wird vom Verein ausgefüllt)

**Betrag:** \_\_\_\_\_ Euro (Mindestbeitrag 22,00 Euro)

Der Betrag wird erstmals am \_\_\_\_\_ belastet.

Ab dem folgenden Jahr wird der Einzug immer am letzten Bankgeschäftstag des Monats April durchgeführt.

Kontonummer: \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_

**IBAN-Nr.:** \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_