

Wenn wir Ihr Interesse geweckt haben, füllen Sie bitte die folgende Mitgliedserklärung aus und senden diesen Teil des Flyers an:

Hospizverein Zum Regenbogen e.V.  
z.H. Stefanie Kahlke  
Im Hagen 9 - 59399 Olfen

## MITGLIEDSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den Hospizverein Zum Regenbogen e.V.

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

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

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_

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

Der Mitgliedsbeitrag beträgt 10,00 Euro monatlich pro Familie. Freiwillig höher gezahlte Beträge sind willkommen.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

# SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich den Hospizverein Zum Regenbogen e.V., den fälligen Beitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Hospizverein Zum Regenbogen e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

- Monatlich \_\_\_\_\_ €
- 1/4-jährlich \_\_\_\_\_ €
- 1/2-jährlich \_\_\_\_\_ €
- Jährlich \_\_\_\_\_ €

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Name der Bank: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

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