**Antrag auf Mitgliedschaft im**  **Mitgliedschaftsbeitrag**

**„Förderverein Hospiz Kellerwald e.V.“** **„Förderverein Hospiz Kellerwald e.V.“**

 **Jahresbeitrag 48.00 Euro (monatlich 4,00 Euro)**

**Angaben zur Person der Antragstellerin/des Antragstellers**

 Ich zahle den von der Mitgliederversammlung festgelegten Betrag per

---------------------------------------------------------------------------------------- Einzugsermächtigung.

Name, Vorname

 Ich bin bereit, darüber hinaus einen freiwilligen Förderbetrag in Höhe von ……....... €

---------------------------------------------------------------------------------------- zu leisten.

Geburtsdatum

 Ich ermächtige den „Förderverein Hospiz Kellerwald e.V.“ (bis auf Widerruf), die

---------------------------------------------------------------------------------------- von mir jährlich zu entrichtenden Beiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos

Straße, Hausnummer per Landschrift einzuziehen.

---------------------------------------------------------------------------------------- -----------------------------------------------------------------------------------------------------------

PLZ Wohnort Kreditinstitut

---------------------------------------------------------------------------------------- -----------------------------------------------------------------------------------------------------------

E-Mail IBAN BIC

Mir ist bekannt, dass ich Änderungen von Bankverbindungen dem „Förderverein

---------------------------------------------------------------------------------------- Hospiz Kellerwald e.V.“ unverzüglich mitteilen muss, ansonsten übernehme ich die

Ort, Datum Unterschrift entstehenden Kosten des fehlgeschlagenen Bankeinzugs.

**Meine Vereinspost möchte ich** (bitte ankreuzen) --------------------------------------------------------------------------------------------------------------

 **Per E-Mail** Ort, Datum Unterschrift

  **Per Briefpost**

 **Spendenquittungen werden ab 200,00 Euro ausgestellt.**

**Die ausgefüllte und unterschriebene Beitrittserklärung bitte abgeben bei Kassenwart Herrn Apotheker Kai Krähling, Walpurgis-Apotheke, Bahnhofstr. 2, 34630 Gilserberg. Danke.**