

Beitrittserklärung

zum Verein „LebensWert - Förderverein für palliative Versorgung Erwachsener im Klinikum Kassel“

(SEPA-Lastschrift-Mandat)

Bitte senden an:

LebensWert –
Förderverein für palliative Versorgung Erwachsener im Klinikum Kassel
z. Hd. Henry Sebastian
Mönchebergstrasse 41-43
34125 Kassel

Titel	Vorname	Name

Straße und Hausnummer	PLZ	Ort

Tel. privat			

E-Mail-Adresse	

Geburtstag		Mitgliedsnummer	<small>* wird vom Verein vergeben, als Mandatsreferenz nutzbar</small>

Unsere Gläubiger-Identifikations-Nr.	DE50ZZZ00001763305

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den Verein. Mein Beitritt erfolgt zum _____

Grundlage meiner Mitgliedschaft ist die jeweils geltende Satzung des Vereins.

Mein Mitgliedsbeitrag beträgt pro Jahr

12,- Euro	<input type="checkbox"/>
24,- Euro	<input type="checkbox"/>
60,- Euro	<input type="checkbox"/>

Ich erkenne an, dass der Verein den gewählten Beitrag bereits im Beitrittsjahr in voller Höhe einziehen darf, auch wenn der Beitritt nicht zum 1. Januar des Jahres erfolgt.

Vereinsbeitrag

Ich ermächtige den Verein LebensWert - Förderverein für die palliative Versorgung am Klinikum Kassel am 15.01. jeden Jahres Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein LebensWert – Förderverein für palliative Versorgung Erwachsener im Klinikum Kassel auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kto.-Nr. BLZ

IBAN

BIC

bei Bank

Ort, Datum Unterschrift