

Bitte senden Sie diesen Aufnahmeantrag an:



Hospiz-Verein Bergstraße e.V.  
Margot-Zindrowski-Haus  
Sandstr. 11  
64625 Bensheim

oder an Fax 06251 9894529  
oder per E-Mail an [post@hospiz-verein-bergstrasse.de](mailto:post@hospiz-verein-bergstrasse.de)

## Ja! Ich will Mitglied werden im Hospiz-Verein Bergstraße e.V.

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

Tel.

Geb. Dat.

E-Mail

Beruf

Der Hospiz-Verein Bergstraße e.V. informiert über die Hospizarbeit an der Bergstraße. Ich bitte um

- die Zusendung des Hospiz-Briefes per Post (3x / Jahr)  
 die Zusendung des Hospiz-Briefes und der Rundschreiben des Hospiz-Vereins Bergstraße per Mail (rund 6x / Jahr)

Die Genehmigung zur Zusendung dieser Informationen kann ich jederzeit widerrufen.

Ich erkenne die Satzung des Hospiz-Vereins Bergstraße e.V. an.

Ort, Datum

Unterschrift

### SEPA-Lastschriftmandat

Hospiz-Verein Bergstraße e.V.,  
Margot-Zindrowski-Haus, Sandstraße 11, 64625 Bensheim  
Gläubiger-Identifikationsnummer DE52ZZZ00000 214470  
Hiermit ermächtige ich den Hospiz-Verein Bergstraße e.V.,  
meinen Mitgliedsbeitrag

- in Höhe von 5 Euro monatlich (Mindestbeitrag)  
 in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro monatlich  
 in Höhe von 60 Euro jährlich (Mindestbeitrag)  
 in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro jährlich  
 in Höhe von 30 Euro jährlich (Rentner, Studenten)

bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos durch Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Hospiz-Verein Bergstraße e.V. 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.

Kontoinhaber (Name, Vorname)

Kreditinstitut

IBAN

BIC

Ort, Datum

Unterschrift