



Mitgliedsantrag

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

E-Mail

Telefon

Geburtsdatum

Beruf*

Konfession*

* freiwillige Angabe

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Ev.
Hospiz- und Palliativ-Verein Darmstadt e.V. ab
dem

Jährlicher Beitrag für Privatpersonen (mind.)
40 Euro, gerne dürfen Sie auch einen anderen
Beitrag Ihrer Wahl ankreuzen:

50 € 60 € 70 € 80 € ... €
für Institutionen mindestens 100 €

anderer Betrag:

Der Verein verfolgt ausschließlich und unmittel-
bar gemeinnützige Zwecke. Der Mitgliedsbei-
trag ist steuerlich in voller Höhe absetzbar.
Bis 300 € genügt der Kontoauszug als Beleg. Auf
Wunsch stellen wir Ihnen gerne eine Zu-
wendungsbescheinigung aus.

Wir geben Ihre Daten nicht an Dritte weiter.

Datum, Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Ev. Hospiz- und Palliativ-Verein Darmstadt e.V.
Landgraf-Georg-Straße 100, 64287 Darmstadt
Gläubiger-Identifikationsnummer DE12ZZZ00000835117

Hiermit ermächtige ich den Ev. Hospiz- und Palliativ-Verein Darmstadt e. V. meinen Mitgliedsbeitrag
O in Höhe von

bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos durch Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Ev. Hospiz- und Palliativ-Verein Darmstadt 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*in

Kreditinstitut

IBAN

Datum, Unterschrift

Bitte per Post oder Mail an:
Ev. Hospiz- und Palliativ-Verein Darmstadt e.V.
Landgraf-Georg-Straße 100
64287 Darmstadt
Bei Fragen: 06151.5994399
info@ev-hospizverein.de