

Hospizkreis Ottobrunn e.V.

Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst

Friedenstraße 21 · 85521 Ottobrunn
Geschäftszeiten: Mo - Do von 9 - 15 Uhr
Fr von 9 - 13 Uhr

Telefon 089. 66557670 Telefax: 089. 6655772
info@hospizkreis-ottobrunn.de
www.hospizkreis-ottobrunn.de



*Wir helfen Menschen
bis zum Lebensende
in Würde zu leben*

Beitrittserklärung

**Ich trete dem Hospizkreis Ottobrunn e.V. bei und erkläre mich bereit,
als Mitglied jährlich einen Mindestbeitrag in Höhe von Euro 55,--*
(*auf Antrag ist ein „Sozialbeitrag“ möglich)
oder
als Zuwendung im Sinne des § 10 b EstG gegen Bescheinigung
einen jährlichen Beitrag in Höhe von Euro zu entrichten.**

Herr/Frau:..... **geb.**

Vor- und Nachname in Blockschrift

Beruf*

*freiwillige Angabe

PLZ/Ort **Straße**

Telefon/..... **Fax**/.....

E-Mail

Ort, Datum.....

Unterschrift/Stempel

Einzugsermächtigung

IBAN-Nummer

BIC

.....

Geldinstitut

.....

Name des Kontoinhabers

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift

Kreissparkasse München Starnberg Ebersberg
IBAN: DE51 7025 0150 0010 0812 14 BIC: BYLADEM1KMS
Verwendungszweck: Hospizkreis Ottobrunn e.V.



SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Hospizkreis Ottobrunn e.V.
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE22ZZZ00000235574

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Vorname:	Kreditinstitut:
Name:	BIC:
Straße, Nr.:	IBAN:
PLZ, Ort:	Mitgliedsbeitrag:
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift(en)