



Wir freuen uns, dass Sie sich entschieden haben, unserer Hospizgruppe Salem e.V. beizutreten.
Bitte füllen Sie dazu folgendes Formular vollständig aus und lassen es uns zukommen.

PERSONENDATEN

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Hausnr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Geburtsdatum: _____._____._____ Eintritt: _____._____._____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

MITGLIEDSBEITRAG

Hiermit ermächtige ich die Hospizgruppe Salem e.V., Franz-Ehret-Straße 23, 88682 Weildorf, den Jahresbeitrag in Höhe von 15,- € zu Lasten meines Kontos bis auf Widerruf einzuziehen.

Der Einzug erfolgt per Lastschrift jährlich im Monat Juni.

Kontonummer: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Kreditinstitut: _____

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber*in

Kontoinhaber*in (Druckbuchstaben)

UNTERSCHRIFT

Mit dieser Erklärung trete ich dem Verein bei. Durch den Beitritt entstehen gegenüber dem Verein keinerlei finanzielle, materielle oder sonstige Forderungsansprüche. Die Mitgliedschaft kann jederzeit ohne Fristeinhaltung gekündigt werden. Eine Rückerstattung von bereits gezahlten Beiträgen ist nicht möglich. Der Vorstand des Vereins behält sich das Recht vor, Mitglieder in begründeten Ausnahmefällen auszuschließen.

Ort, Datum, Unterschrift