



Ambulanter Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienst Lippe e.V.

MITGLIEDSERKLÄRUNG

Ich möchte Mitglied werden und die Arbeit des AHPB Lippe e.V. unterstützen!

Vorname, Name

Straße, Hausnr.

PLZ, Wohnort

Geburtsdatum*

Telefon*

Beruf*

Mail-Adresse*

*Freiwillige Angaben

Ich bin bereit, folgenden Jahres-Mitgliedsbeitrag zu zahlen (bitte ankreuzen bzw. ergänzen):

Jahresbeitrag 24 € 48 € 72 € _____ €

Mitgliedsbeiträge bitte auf nachstehendes Konto bei der Sparkasse Paderborn-Detmold überweisen:

IBAN: DE12 4765 0130 0106 0092 85 / SWIFT-BIC: WELADE3LXXX

Datum / Unterschrift

SEPA-LASTSCHRIFTVERFAHREN

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE78ZZZ00000178888 · Ich ermächtige den Ambulanten Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienst Lippe e.V., den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels wiederkehrender Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die Lastschriften einzulösen.

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.

Euro

Geldinstitut

IBAN

D E ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Datum / Unterschrift

Ihr Mitgliedsbeitrag ist zur Zeit bis zu 200 € jährlich durch Nachweis per Kontoauszug steuerlich abzugsfähig.

Ausführliche Hinweise zum Datenschutz entnehmen Sie bitte unserer Homepage. Weitere Informationen dazu erhalten Sie mit der Zusendung der Bestätigung Ihrer Mitgliedschaft.

Bitte senden an:

Ambulanter Hospiz- und
Palliativ-Beratungsdienst Lippe e.V.
Leopoldstraße 16 · 32756 Detmold