



# Palliativstützpunkt

im Landkreis Diepholz e.V.

*Der Mensch im Mittelpunkt*

## Beitrittserklärung Palliativstützpunkt im Landkreis Diepholz e.V. 27232 Sulingen, Lange Straße 96a

Von:

Mitgliedsnummer:

--	--	--	--

Vor- /Zuname			
PLZ/Ort		Straße	
Tel.		e-mail	

### Ich beantrage die Mitgliedschaft beim Palliativstützpunkt im Landkreis Diepholz e.V.:

- als natürliche Person**  
mit einem Mitgliedsbeitrag in Höhe von 24 Euro/ Jahr.
- als juristische Person**  
mit einem Mitgliedsbeitrag in Höhe von 180 Euro/Jahr.
- als förderndes Mitglied**  
mit einem freiwilligen Mitgliedsbeitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ €     einmalig     jährlich
- als Institution, die ehrenamtlich tätig ist (z.B.: Hospizverein)**  
die Mitgliedschaft ist beitragsfrei.

Die Satzung des Vereins erkenne ich an. Ein Austritt kann schriftlich zum 31.12. eines Jahres erfolgen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Mitglieds

### Erteilung eines Mandats zum Einzug von SEPA-Basis-Lastschriften:

Zahlungs- Empfänger:	Gläubiger-ID Nr. DE32ZZZ00001306953	Mandatsreferenz-Nr.*
-------------------------	-------------------------------------	----------------------

Konto- inhaber	Vor-/Zuname:		
	PLZ/Ort:	Straße:	
	IBAN:	BIC:	
Mandat für Einzug von SEPA-Basis- Lastschrift:	Ich/Wir ermächtige/n den Palliativstützpunkt im Landkreis Diepholz e.V. Zahlungen vom o.g. Konto mittels Lastschrift, bis auf Widerruf, einzuziehen. <input type="checkbox"/> Mandat gilt für wiederkehrende Zahlung <input type="checkbox"/> Mandat gilt für einmalige Zahlung		

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.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Kontoinhaber/s

\*Die Mandatsreferenz-Nr. wird dem Kontoinhaber mit einer separaten Ankündigung über den erstmaligen Einzug des Lastschriftbetrages mitgeteilt.