

Förderverein Hospiz Lemförde e.V.

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den **Förderverein Hospiz Lemförde e.V.** als

☐ Einzelmitglied

☐ Familie

Name

Vorname

Straße

PLZ

Wohnort

Telefon

E-mail

Bei Familienmitgliedschaft ist weiteres Mitglied:

Name

Vorname

Der Jahresbeitrag beträgt z. Z.

oder

- für Einzelmitglieder € 31,00

freiwillig höherer Jahresbeitrag

- für Familien € 52,00

von _____ €

Der Förderverein Hospiz Lemförde e. V. verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige und mildtätige Zwecke. Er ist durch Feistellungsbescheid des Finanzamtes Sulingen vom 27.09.2023 steuerbefreit und stellt selbst Zuwendungsbesätigungen aus. Zuwendungen (Spenden) werden nur für satzungsgemäße Zwecke verwendet.

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Mitgliedschaft im Förderverein Hospiz Lemförde e.V. meine Bank-, Adress- und Kontaktdaten elektronisch gespeichert werden. Ich bin ebenfalls damit einverstanden, dass meine Adress- und Kontaktdaten intern für die Vereinsarbeit genutzt werden dürfen. Es werden keine Daten an Dritte außerhalb des Vereins weitergegeben.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte wenden !

Postanschrift:

Am Burggraben 20

49448 Lemförde

☎ 05443-997093

💻 fv-hospiz-lemfoerde@gmx.de

1. Vorsitzender

Dr. Rainer Hafer

Zum Abendberg 24

32351 Stemwede

☎ 0171-5209245

Bankverbindung:

Volksbank PLUS eG

IBAN: DE41 4909 2650 0519 4000 00

BIC: GENODEM1LUB

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats.

Die Entrichtung des Beitrages erfolgt durch Bankeinzug regelmäßig im Juni jeden Jahres

Zahlungsempfänger: **Förderverein Hospiz Lemförde e.V.**

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE40ZZZ00000865459**

Mandatsreferenz:

_____ wird nach Aufnahme vom Förderverein Hospiz Lemförde e.V. ergänzt

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige den Förderverein Hospiz Lemförde e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein Hospiz Lemförde e.V. auf mein Konto gezogene 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.

Vorname und Nachname des Kontoinhabers:

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

IBAN*: **DE** _____

BIC*: _____

Ort, Datum

Unterschrift