

Mitgliedschaftserklärung



Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Ehepartner:

Geb. Datum:

Straße:

PLZ / Ort:

Ich unterstütze die Ziele der Hospizbewegung und werde Mitglied der **Hospizgruppe Ingelheim e.V.**

Der Jahresbeitrag beträgt:

Einzelperson € **36,00**

Ehepaar € **52,00**

Schüler, Studenten,

Azubis, Rentner € **18,00**

Studenten-, Rentnerehepaar € **26,00**

Juristische Personen € **100,00**

Ich begleiche meine Zahlung per Bankeinzug und ermächtige die Hospizgruppe Ingelheim e.V. zur Abbuchung durch Lastschrift bis auf Widerruf von folgendem Konto:

Konto Nr.:

BLZ:

Geldinstitut:

Datum:

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten zum Zwecke der Mitgliederverwaltung gespeichert werden. Für Selbstzahler erhöht sich der Beitrag um € 5,00 Verwaltungskosten jährlich.

Unterschrift: