

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich ab dem 20
meinen Beitritt zum

Förderverein Palliativmedizin Raphaelsklinik e.V.

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an.

Mein aktueller Jahresbeitrag soll Euro
(Mindestbeitrag: 24 €/Jahr) betragen und kann bis auf
Widerruf von meinem unten angegebenen Konto per
Lastschrift eingezogen werden.

- **Eine einmalige Spende** in Höhe von Euro
kann von meinem Konto per Lastschrift eingezogen
werden (bitte ankreuzen bzw. ggfs. streichen).

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds (der/des gesetzl. Vertreter/s)

Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer des Vereins:
DE27FPR00001120706

Ich ermächtige den Förderverein Palliativmedizin
Raphaelsklinik e.V. Münster, Zahlungen wiederkehrend
von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein
auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Der Mitgliedsbeitrag wird als Jahresbeitrag am 1. Februar
jeden Jahres fällig.

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.

Kontoinhaber

Straße/Hausnummer

Postleitzahl/Wohnort

Email-Adresse

Kreditinstitut

IBAN:

BIC:

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers



Hier können Sie in Kürze direkt online spenden!

