

Hospiz-Verein Bergstraße e. V.  
Am Wambolterhof 4-6  
64625 Bensheim

**Oder mailen an:**

verein@hospiz-bergstrasse.de

**Bei Fragen:**

0625198945-0 oder verein@hospiz-bergstrasse.de

## Ja! Ich will Mitglied werden beim Hospiz-Verein Bergstraße e. V.

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

E-Mail

Telefon

Geburtsdatum

Ich bitte um

- die Zusendung eines Spendennachweises.  
(Für das Finanzamt genügt bis zur Höhe von 300 Euro Ihr Kontoauszug)
- die Zusendung des Hospizbriefes per Post (3x / Jahr)
- die Zusendung des Hospizbriefes und der Newsletter des Hospiz-Vereins Bergstraße per Mail (rund 6x / Jahr)

Die Genehmigung zur Zusendung dieser Informationen kann ich jederzeit widerrufen.

Ich erkenne die Satzung des Hospiz-Vereins Bergstraße e. V. an.

Datum

Unterschrift

### SEPA-Lastschriftmandat

Hospiz-Verein Bergstraße e. V.,  
Am Wambolterhof 4-6, 64625 Bensheim  
Gläubiger-Identifikationsnummer DE52ZZZ00000214470  
Hiermit ermächtige ich den Hospiz-Verein Bergstraße e. V.,  
meinen Mitgliedsbeitrag

- in Höhe von 5 Euro monatlich (Mindestbeitrag)
- in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro monatlich
- in Höhe von 60 Euro jährlich (Mindestbeitrag)
- in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro jährlich
- in Höhe von 30 Euro jährlich (Rentner, Studierende)

bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos durch Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Hospiz-Verein Bergstraße e. V. auf mein Konto gezogenen 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.

KontoinhaberIn (Name, Vorname)

Kreditinstitut

IBAN

Datum

Unterschrift