

Hospizgruppe Ratzeburg, Mölln  
und Umgebung e.V.

## BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Hospizgruppe Ratzeburg, Mölln und Umgebung e.V.

\*\*\*\*\*

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Haus Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Der Mitgliedsbeitrag beträgt für Privatpersonen mindestens € 20,00 und für Institutionen mindestens € 60,00 pro Jahr.

(Eine Kündigung ist 3 Monate zum Ablauf des Kalenderjahres möglich)

Spendenquittungen werden ab einem Spendenbetrag von 200.--€ Anfang des Folgejahres automatisch zugeschickt. (Sofern Name und Anschrift aus der Überweisung hervorgehen).

Folgende Angaben sind freiwillig:

- Ich möchte aktiv in der Ambulanten Hospizgruppe Ratzeburg, Mölln und Umgebung e.V. mitarbeiten.

Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

- Ich möchte die Arbeit der ambulanten Hospizgruppe durch meine Mitgliedschaft finanziell unterstützen.
- Ich werde den Mitgliedsbeitrag (pro Kalenderjahr € 20,00 für Privatpersonen und € 60,00 für Institutionen) in den nächsten Tagen und in den Folgejahren im 1.Quartal auf das angegebene Konto überweisen.
- Ich spende zusätzlich zum Mitgliedsbeitrag einmalig € \_\_\_\_\_
- Ich spende zusätzlich zum Mitgliedsbeitrag regelmäßig im Monat / Jahr (Nichtzutreffendes streichen) € \_\_\_\_\_

SEPA Lastschriftmandat (SEPA Basis-Lastschriftverfahren)

Zahlungsempfänger: Hospizgruppe Ratzeburg, Mölln und Umgebung e.V.  
(Gläubiger) Himbeerweg 7  
23879 Mölln  
Gläubiger ID-Nr.: DE08HPZ00001144522

Ich/Wir ermächtige(n) die Hospizgruppe Ratzeburg-Mölln und Umgebung e.V.,  
den Mitgliedsbeitrag in Höhe von

€ \_\_\_\_\_ im Monat / Jahr (Nichtzutreffendes streichen)

von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Hospizgruppe  
Ratzeburg-Mölln und Umgebung e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften  
einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem  
Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei  
die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

IBAN: BIC: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (für das SEPA Lastschriftmandat)

Die von Ihnen vorliegenden Daten werden ausschließlich zu Informationszwecken, zur Verwaltung  
und für Einladungen zu Veranstaltungen der Hospizgruppe Ratzeburg, Mölln und Umgebung e.V.  
genutzt.

Wir sichern Ihnen den vertraulichen und geschützten Umgang mit Ihren Daten gemäß EU-DSGVO zu.

Hospizgruppe Ratzeburg, Mölln und Umgebung e.V., Himbeerweg 7, 23879 Mölln

Konto Raiffeisenbank Südstormarn Mölln eG

IBAN: DE89 2006 9177 0003 3733 98