

**Beitrittserklärung**

An den  
**Hospizverein Rinteln e. V.**  
z.Hd. Schatzmeister H.-J. Schumer  
Heisterbreite 7 (i.Hs.THW)

**31737 Rinteln**

**Ja, ich unterstütze die Ziele des Hospizvereines, werde Mitglied und erkläre hiermit meinen Beitritt zum „Hospizverein Rinteln e.V.“**

**Name:** ..... **Vorname:** .....

Geburtsdatum: ..... Tel.: .....

Straße: ..... PLZ/Wohnort: .....

Der Jahresbeitrag beträgt: a) für Einzelpersonen € --30,-- pro Kalenderjahr  
b) für Juristische Personen € --50,-- pro Kalenderjahr  
c) freiwilliger Beitrag -mehr als € 30,-- € ..... pro Kalenderjahr

und ist jeweils im **ersten Quartal eines jeden Jahres** zu entrichten.  
**Bei Eintritt danach im Kalenderjahr ist der Beitrag nach dem Eintrittsdatum für das laufende Kalenderjahr zu bezahlen.**

Infopostzusendung per E-Mail:  **Ja**  **Nein** email-Adresse.....

- Ich/Wir überweise/n den Jahresbeitrag auf das **Konto Nr. → IBAN: DE46 2555 1480 0517 9039 02** bei der **Sparkasse Schaumburg → Hospizverein Rinteln e. V. → BIC: NOLADE21SHG**
- Der Beitrag soll per SEPA-Lastschriftmandat -siehe nachstehende Ermächtigung- eingezogen werden.

....., den .....

Wohnort/Datum X  
.....  
(Unterschrift)

Wiederkehrende Lastschrift

**Hospizverein Rinteln e.V. Heisterbreite 7, 31737 Rinteln**

Gläubiger-Identifikationsnummer : DE86ZZZ00000137325

Mandatsreferenz : --wird vom Verein zugeordnet ---.....

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige den Hospizverein Rinteln e.V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Hospizverein Rinteln 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.

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name) ( BIC )

IBAN : D E \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_

X

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum und Unterschrift