



Antrag auf Mitgliedschaft im Palliativnetz Bochum e.V.

Palliativnetz Bochum e.V., Bergstraße 25, 44791 Bochum

Privatpersonen: Name/n – *bei Organisationen:* Name der Organisation/Ansprechpartner/in

Geburtsdatum

Beruf/Branche

Telefon

E-Mail

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Ich/Wir beantrage/n die Förder-Mitgliedschaft im Palliativnetz Bochum e.V.

Ich/Wir beantrage/n die Aktiv-Mitgliedschaft.

Ich/Wir zahle/n den jährlichen Mindestbeitrag von

25,- Euro für Einzelpersonen

200,- Euro für Organisationen/juristische Personen.

Ich/Wir zahle/n jährlich einen höheren Beitrag als den angegebenen Mindestbeitrag,
und zwar _____ Euro.

Ich/Wir benötige/n für die Steuererklärung eine Bestätigung über den Beitrag.

Datum, Unterschrift/en

Ihren jährlichen Mitgliedsbeitrag oder den angegebenen Mindestbeitrag überweisen Sie bitte jeweils im Monat Ihres Beitritts auf das unten aufgeführte Konto des Palliativnetzes Bochum e.V. Auf dieses Konto können Sie auch Förderspenden einzahlen.

Ab Januar 2014 ist auch Online-Spenden unter www.palliativnetz-bochum.de möglich.

Nationalbank Bochum AG

IBAN: DE71 3602 0030 0006 4266 62

BIC: NBAGDE3E

Erleichtern Sie sich und uns die Beitragszahlung, indem Sie einen Lastschriftauftrag erteilen.
Bitte füllen Sie dazu das umseitige Kombi-Mandat aus.



Das Kombi-Mandat

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats
Palliativnetz Bochum e.V., Bergstraße 25, 44791 Bochum



1. Einzugsermächtigung

Ich ermächtige das Palliativnetz Bochum e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Nach schriftlicher Benachrichtigung durch das Palliativnetz Bochum e.V. über die Umstellung auf die SEPA-Lastschrift gilt das folgende SEPA-Lastschriftmandat. Die Einzugsermächtigung erlischt dann.

2. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige das Palliativnetz Bochum e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Palliativnetz Bochum 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.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE61ZZZ00000828221

Mandatsreferenz (wird vom Palliativnetz ausgefüllt) _____

Vorname, Name (Kontoinhaber)

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Kreditinstitut

BLZ: _____

Konto-Nr.: _____

BIC: _____ | _____

IBAN: D E _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____

Datum, Unterschrift