

# Förderverein Ökumenische Hospizhilfe Worms e.V.

Willy-Brandt-Ring 11, 67547 Worms

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Förderverein Ökumenische Hospizhilfe Worms e.V.. Die Satzung in ihrer gültigen Fassung kann beim Förderverein angefordert werden.

- Ich stimme zu, dass meine Daten, ausschließlich für die Vereinszwecke gespeichert werden dürfen.

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Bei Familien/Paaren bitte beide namentlich eintragen, da beide je einzelstimmberechtigt sind

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Fax-Nr.: \_\_\_\_\_

Email-Adresse: \_\_\_\_\_

### Ich bin

Einzelmitglied: Jahresbeitrag 24,00 EUR oder mehr: \_\_\_\_\_

Familie/Paar Jahresbeitrag 40,00 EUR, oder mehr: \_\_\_\_\_

Firma/ juristische Person Jahresbeitrag 50,00 EUR, oder mehr: \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift(en)

Vom Verein auszufüllen:

Eingegangen am:	In der Vorstandssitzung vorgelegt und angenommen am:	In die Mitgliederliste aufgenommen am/durch:

# SEPA-Lastschriftmandat

## SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:  
Förderverein Ökumenische Hospizhilfe Worms e.V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**

**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Raiserstr. 19

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**

67550 Worms

**Land / Country:**

**Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**

D E 4 6 Z Z Z 0 0 0 0 1 7 2 5 4 5 0

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

**Zahlungsart / Type of payment:**

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment  Einmalige Zahlung / One-off payment

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:**

**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address\***

\* Angabe freigestellt / Optional information

**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**

**Land / Country:**

**IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):**

**BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.  
Note: If the debtor's IBAN starts with DE, the BIC is optional.

**Ort / Location:**

Worms

**Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):**

**Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**