



Hospizverein Radolfzell, Höri,
 Stockach und Umgebung e.V.
 Bleichwiesenstraße 1/1
 78315 Radolfzell

Absender:

Name

Straße

PLZ Ort.....

Ich möchte Mitglied werden als:

- | | | |
|---|----------|--|
| <input type="checkbox"/> Privatperson | 20,00 € | <input type="checkbox"/> monatl. Zusatzbetrag.....€ |
| <input type="checkbox"/> Juristische Person | 120,00 € | |
| <input type="checkbox"/> Fördermitglied | 250,00 € | <input type="checkbox"/> einmal. Zusatzbeitrag.....€ |

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE51ZZZ00000378515

Ich ermächtige den Hospizverein Radolfzell e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Hospizverein Radolfzell 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)

DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _
 IBAN

 Name des Kreditinstitut

_ _ _ _ _ _ | _ _
 BIC

 Datum, Ort und Unterschrift

**Oder Sie überweisen den Beitrag auf unser Konto bei der
 Sparkasse Singen-Radolfzell**

IBAN: DE45 6925 0035 0004 2877 77

BIC: SOLADES1SNG