



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

**Absender:**

Name .....

Straße .....

PLZ Ort.....

E-Mail.....

Telefon.....

Mobil.....

**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)

\_\_\_\_\_  
Name des Kreditinstitut

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

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

\_\_\_\_ | \_\_\_\_  
BIC

**Oder Sie überweisen den Beitrag auf unser Konto bei der  
Sparkasse Hegau-Bodensee**

**IBAN:** DE45 6925 0035 0004 2877 77

**BIC:** SOLADES1SNG