

Beitragszahlung/ Einzugsermächtigung

Zur Verringerung unseres Verwaltungsaufwandes bitten wir Sie um die Erteilung einer Bankeinzugsermächtigung. Bitte füllen Sie ggf. untenstehende Abbuchungserklärung aus. Wir danken für Ihr Verständnis!

Mein Mitgliedsbeitrag zum Hospizdienst Bad Friedrichshall und Umgebung e.V.

(Name, Vorname)

(Straße, PLZ, Ort)

→ **soll** jährlich (jeweils im Januar des laufenden Jahres)

von meinem/unserem Konto _____
(Kontonummer)

bei _____
(Kreditinstitut, Ort)

(BLZ)

(Kontoinhaber)

aktiv/förderndes Mitglied

juristisches Mitglied

Aktive u. fördernde Mitglieder 20€. Juristische Mitglieder 100€.

abgebucht werden;

→ auf das Konto des Hospizdienst Bad Friedrichshall u. Umgebung e.V.;

Bei der Kreissparkasse Heilbronn; Konto: 1602782; BLZ: 620 500 00

überwiesen werden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Kontoinhabers)

1. Vorsitzende:

Heidi Nowak
Am Edelberg 14/1
74254 Offenau
Tel.: 07136 964849

info.hospizdienst@t-online.de
www.hospizdienst-badfriedrichshall.de

2. Vorsitzende:

Karin Remmlinger
Seetalstraße 12
74177 Bad Friedrichshall
Tel.: 0176-22285731

Steuernummer: 65209/42276

Bankverbindung:
Kreissparkasse Heilbronn
BLZ: 620 500 00
Konto Nr.: 1 602 782