

Oberhavel Hospiz e.V.
Bernauer Straße 100 - Haus B

16515 Oranienburg

Mitgliedsantrag

Institution – Jahresbeitrag 100,00 € *

Firma/Organisation _____

Vertreten durch
(Name, Vorname/Funktion) _____

Privatperson – Jahresbeitrag 30,00 € *

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefon, E-Mail _____

Ort, Datum, Unterschrift _____

* Änderungen der Beitragshöhe nur durch Zustimmung der Mitgliederversammlung

SEPA – Lastschriftmandat

Hiermit bestätige ich den „Oberhavel Hospiz e.V.“ den jährlichen Mitgliedsbeitrag bis auf Widerruf von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

KontoinhaberIn _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Kreditinstitut (Name/BIC) _____

IBAN _____

Ort, Datum, Unterschrift _____

Unsere Bankverbindung: Oberhavel Hospiz e.V.

Mittelbrandenburgische Sparkasse BIC: WELADED1PMB – IBAN DE08 1605 0000 3740 0311 57

Vom Verein auszufüllen!

Der Vorstand hat dem Aufnahmeantrag am _____ zugestimmt.

Unterschrift Vorsitzende(r):