

# „Palliativ- und Hospiz-Netzwerk Waldeck-Frankenberg e.V.“

## Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich als  juristische Person  private Person

Name/Vorname \_\_\_\_\_

Institution \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

die Mitgliedschaft im „Palliativ- und Hospiz-Netzwerk Waldeck-Frankenberg e.V.“.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift des Antragstellers

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE16PAL00000076505

Mandatsreferenz \_\_\_\_\_ (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

---

## SEPA-Lastschriftmandat

Wir ermächtigen das Palliativ- und Hospiz-Netzwerk Waldeck-Frankenberg e.V., Zahlungen von unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Palliativ- und Hospiz-Netzwerk Waldeck-Frankenberg e.V. auf unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Die Beiträge in Höhe von 12,00 € werden erstmalig am \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_,  
danach jeweils zum 01.04. des Kalenderjahres von folgendem Konto abgebucht:

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut BIC

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift des Kontoinhabers / -bevollmächtigtem

Zustimmung des Vorstandes  ja  nein \_\_\_\_\_  
Unterschrift