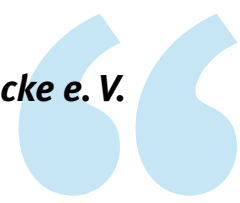
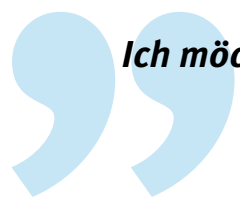




**Förderverein für das
Kinder-Hospiz Sternenbrücke e. V.**
– Buchhaltung –
Sandmoorweg 62
22559 Hamburg

**Bitte senden Sie uns das
ausgefüllte und unterschriebene
Original *per Post* zu – nur so
können wir Ihren Beitrag
von Ihrem Konto abbuchen!**

Beitrittserklärung



**Ich möchte dem Förderverein für das Kinder-Hospiz Sternenbrücke e. V.
beitreten und erteile ein SEPA-Lastschriftmandat.**

Gläubiger-ID: DE51ZZZ00000976520

Die Mandatsreferenznummer wird nachgereicht. Sie erhalten diese vom
Förderverein für das Kinder-Hospiz Sternenbrücke e. V. zugeteilt.

Ich bevollmächtige den Förderverein für das Kinder-Hospiz Sternenbrücke e. V. , meinen Beitrag von
meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die dem Förderverein
für das Kinder-Hospiz Sternenbrücke e. V. auf mein Konto gezogene/n Lastschrift/en einzulösen.

Firma

Vorname

Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer (optional)

E-Mail-Adresse (optional)

Kreditinstitut

IBAN

BIC

Betrag

Euro (Der Mindestbetrag beträgt jährlich 30,- € pro Person.)

Ich zahle den oben genannten Mitgliedsbeitrag in folgendem Zahlungsrhythmus:

vierteljährlich halbjährlich jährlich (einmalig sofort/für jedes Folgejahr erfolgt der Einzug zum 15. Januar)

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungstag, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.
Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.



Datum, Ort, Unterschrift/Firmenstempel