

**Ich möchte das
Hospiz am Israelitischen Krankenhaus
bei seinen vielfältigen Aufgaben unterstützen**

Ich beantrage die Aufnahme in den
**Förderverein
Hospiz am Israelitisches Krankenhaus e.V.**

Mein jährlicher Mitgliedsbeitrag wird € betragen

- Name, Vorname
- Straße, Hausnummer
- PLZ, Ort
- Telefon :
- E-Mail-Adresse:

Datum / Unterschrift

Ich überweise eine einmalige Spende in Höhe von €
auf das Konto des Fördervereins.

Falls gewünscht, können Sie uns ein **SEPA-Lastschriftmandat** (*vormals Einzugsermächtigung*) erteilen. Bitte füllen Sie dazu die Rückseite aus.

Die Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten erfolgt zum Zwecke der Verwaltung meiner Mitgliedschaft und gemäß der anhängenden Datenschutzhinweise nach Art. 12 ff. Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO).

Unterschrift / Datum

Konto:

**Förderverein Hospiz am Israelitischen Krankenhaus e.V.
Bank für Sozialwirtschaft -
IBAN DE96 2512 0510 0009 4630 00 - BIC BFSWDE33HAN**

Mitgliedsbeitrag und Spenden sind steuerlich absetzbar. Die Mitgliedschaft kann jederzeit gekündigt werden.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE09ZZZ00000035309

Mandatsreferenz: **wird separat mitgeteilt**

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Förderverein Hospiz am Israelitischen Krankenhaus e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein Hospiz am Israelitischen Krankenhaus 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)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

_____ BIC _____ | ____
Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN: DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Bitte nehmen Sie den Einzug erstmals am _____ vor.

Datum, Ort und Unterschrift