

FREUNDESKREIS  
HOSPIZ- UND PALLIATIVBETREUUNG THUINE e.V.  
Klosterstraße 4  
49832 Thuine

## Absender

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

Firma \_\_\_\_\_

Straße/ Nr. \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

## Erklärung der Mitgliedschaft

Durch die Erteilung der Einzugsermächtigung  
erkläre/n ich/wir

- als natürliche Person
- als Firma/ juristische Person

dem

**FREUNDESKREIS  
HOSPIZ- UND PALLIATIVBETREUUNG THUINE e.V.**

beizutreten.

Hiermit erteile/n ich/wir die Ermächtigung  
den **jährlichen freiwilligen Mitgliedsbeitrag**  
in Höhe von

25,00 Euro (Mindestbeitrag)

\_\_\_\_\_ Euro

von

Kontonummer \_\_\_\_\_

BLZ \_\_\_\_\_

Bank \_\_\_\_\_

BIC = **B**ank **I**dentifier **C**ode

IBAN = **I**nternational **B**ank **A**ccount **N**umber

abzubuchen.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift