



**HAUSKRANKENPFLEGEVEREIN
ROSENHEIM e. V.**

Meine Fördermitgliedschaft

Vorname, Name

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon

Geb. Dat. (optional)

E-Mail

15€ + _____ € = _____ € im Jahr

Mindestbetrag + freiwillige Spende

Bitte die Seite nebenan ausfüllen und das SEPA-Lastschrift-Mandat erteilen.

Mitgliedsbeitrag und Spende sind steuerlich abzugsfähig.

Die Mitgliedschaft ist jederzeit kündbar – per Brief / E-Mail.

Mit der Mitgliedschaft fördern Sie die gemeinnützige Arbeit des Hauskrankenpflegevereins und haben im Fall des Falles sofort einen kompetenten Ansprechpartner.

Bitte senden an den

**Hauskrankenpflegeverein Rosenheim e. V.
Freiherr-vom-Stein-Str. 16, 83022 Rosenheim**

SEPA-Lastschriftmandat

Kontoinhaber

Geldinstitut

IBAN (22 Stellen)

BIC

Ort, Datum, Unterschrift

Ich ermächtige den Hauskrankenpflegeverein Rosenheim e. V. (Gläubiger-ID: DE11ZZZ00000361096), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Geldinstitut an, die vom Hauskrankenpflegeverein Rosenheim e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen. Meine Mandatsreferenznummer wird mit separat mitgeteilt.

Der Mitgliedsbeitrag (plus freiwilliger Spende) wird alljährlich im Monat März von meinem Konto abgebucht.