

Antrag auf Mitgliedschaft beim Hospiz- und PalliativVerband Bremen e.V.



Hospiz- und PalliativVerband Bremen e.V.
St.-Jürgen-Straße 160
28203 Bremen

Ja, ich möchte die Begleitung und Versorgung sterbenskranker Menschen in Bremen unterstützen und Fördermitglied werden.

Herr Frau Firma

Vorname, Name

Straße / Nr.

PLZ / Ort

E-Mail

Mitgliedschaft

als Privatperson (mind. 20 EUR jährlich)

als Gewerbetreibende:r mit bis zu 3 Mitarbeiter:innen (mind. 90 EUR jährlich*)

als Gewerbetreibende:r mit mehr als 3 Mitarbeiter:innen (mind. 180 EUR jährlich*)

als juristische Person oder Personengesellschaft (mind. 180 EUR jährlich*)

Ich zahle einen jährlichen Mitgliedsbeitrag von EUR.

Ich bin damit einverstanden, auf der Internetseite des Hospiz- und PalliativVerbandes Bremen als Unterstützer:in aufgeführt zu werden mit: Vorname, Name, Ort (z.B. Bremen) und ggf. Firmenbezeichnung.

Datum, Unterschrift: X

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige den Hospiz- und PalliativVerband Bremen e.V., Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen und weise mein Kreditinstitut an, die vom Hospiz- und PalliativVerband Bremen e.V. auf meinem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von 8 Wochen nach Belastung die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

Kontoinhaber:in wie oben

Kreditinstitut BIC

IBAN

Datum, Unterschrift: X

Mandatsreferenz und Gläubiger-ID werden separat mitgeteilt

* Die angegebenen Mindestbeiträge gelten nicht für Hospiz- und Palliativeinrichtungen, Hospiz- und Palliativdienste, deren Fördervereine sowie für bettenführende Einrichtungen des Gesundheitswesens.