

# Spendenformular

Sie möchten unsere Ziele unterstützen? Vielen Dank!



## Unterstützung durch Spenden

Mit Spenden fördern Sie direkt die Arbeit des Hospizdienstes Friedrichsdorf.

Sie leisten damit Ihren Beitrag, für unsere Projekte mit schwerstkranken, sterbenden, trauernden Menschen.

NAME / FIRMA

VORNAME / INSTITUTION

STRASSE

HAUSNUMMER

PLZ

ORT

TELEFON

E-MAIL

Bitte tragen Sie hier Ihren individuellen Spendenbeitrag ein:

Zutreffendes bitte ankreuzen.

ICH MÖCHTE EINE EINMALIGE SPENDE LEISTEN

MONATLICHE

HALBJÄHRLICHE

JÄHRLICHE SPENDE

BETRAG (EUR)

ORT

DATUM

UNTERSCHRIFT

### SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 04 ZZZ 00000680546 | Mandatsreferenz (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Hospizdienst Friedrichsdorf e.V., meinen jährlichen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Diese Ermächtigung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Hospizdienst Friedrichsdorf e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. **Zahlungsart:** Wiederkehrende Zahlung

NAME (Kontoinhaber)

VORNAME (Kontoinhaber)

STRASSE

HAUSNUMMER

PLZ

WOHNORT

IBAN

BIC

UNTERSCHRIFT (Kontoinhaber)

DATUM