



PaHoRi e.V.

Palliativ- und Hospizinitiative im Ried e.V.

Aufnahme Antrag

Hiermit beantrage(n) ich/wir die Aufnahme bei PaHoRi e.V..

Name, Vorname oder Firma

Straße

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Telefon / Mobil

E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift

Den jährliche Mitgliedsbeitrag in Höhe von:

€ 32,- (Einzelperson)

€ 53,- (Ehepaar)

€ 16,- (Schüler/in)

ab € 80,- / oder _____ (anderer Betrag bei Firmen, Vereinen, Gruppen)

werde ich/wir bei Fälligkeit auf das Konto von PaHoRi e.V. überweisen.

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die PaHoRi e.V. bis aus Widerruf meinen jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von € _____ bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos durch Lastschrift einzuziehen.

Kontoinhaber

IBAN

BIC

Geldinstitut

Ort, Datum

Unterschrift

Steuerabzugsfähige Spendenquittungen werden Ihnen unaufgefordert zugesandt.