

donum vitae Landesverband Hessen e.V.
Bismarckstr. 45
64293 Darmstadt

Mandatsreferenz: (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

<u>Beitrittserklärung</u>	<u>Spende</u>
<input type="checkbox"/> Ich möchte den donum vitae Landesverband Hessen e.V. unterstützen und Mitglied werden! Gläubiger ID: DE29ZZZ0000697459 Der Mitgliederjahresbeitrag beträgt mindestens 30,00 € .	<input type="checkbox"/> Ich möchte den donum vitae Landesverband Hessen e.V. mit meiner Spende unterstützen! Ich spende folgenden Betrag: _____ €
Ich zahle jährlich folgenden Mitgliedsbeitrag: _____ €	<input type="checkbox"/> einmalig <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich
	<input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich
Ich bin damit einverstanden, dass der Betrag von meinem Konto abbucht wird!	

Name, Vorname	Straße, Hausnummer
PLZ, Wohnort	Telefon, Mobil
Email	Fax

Ort, Datum

Unterschrift

SEPA Lastschrift Mandat

Ich ermächtige den donum vitae Landesverband Hessen e. V. widerruflich Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom donum vitae Landesverband Hessen 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.

Name, Vorname des Kontoinhabers	Straße, Hausnummer des Kontoinhabers
PLZ, Wohnort des Kontoinhabers	Bankname und Ort
IBAN (max. 22 Stellen)	BIC (max. 8 oder 11 Stellen)

Ort, Datum

Unterschrift