

Anmeldung zur Vereinsmitgliedschaft im Hospizverein Traumfänger Bielefeld e.V.



Vorname _____

Nachname _____

Adresse _____

Ort/Bundesland/Postleitzahl _____

Telefon (privat) _____ Telefon mobil _____

E-Mail _____

Bitte geben Sie an, für welche Funktionen Sie sich im Rahmen Ihrer Vereinsmitgliedschaft interessieren und was Sie motiviert sich zu engagieren.

Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt 40,- € und ist jeweils zum 31.03. eines Jahres fällig.

Ort, Datum

Unterschrift

Braker Str. 72, 33729 Bielefeld | Telefon: 0521 96754468 | info@traumfaenger-bielefeld.de
Vorstand: Katrin Schrader und stellv. Jeanine Maszotta |
Registergericht: Amtsgericht Bielefeld | Vereinsregister-Nr.: VR 4591

Kontodaten:
IBAN: DE67 4805 0161 0044 1948 01
BIC: SPBIDE3BXXX

Anmeldung zur Vereinsmitgliedschaft im Hospizverein Traumfänger Bielefeld e.V.



Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige den Hospizverein Traumfänger Bielefeld e.V. widerruflich, den Mitgliedsbetrag in Höhe von 40,- € jährlich von folgendem Konto abzubuchen:

Kontoinhaber:

Kreditinstitut:

IBAN:

BIC:

Ort, Datum

Unterschrift